

# Práticas de educação em saúde e uso de plantas medicinais em pessoas com diabetes tipo II

*Practices of health education and use of medicinal plants in people with type II diabetes*

<sup>1</sup> Andreia Aparecida Guimarães Strohschoen [aaguim@univates.br](mailto:aaguim@univates.br)

<sup>1</sup> Jéssica Mazutti Penso de Campos

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Taquari – Univates.

## Resumo

Objetiva-se, neste estudo, analisar as práticas de educação em saúde e o uso de plantas medicinais em pessoas com Diabetes tipo II, nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Lajeado/RS. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada com os coordenadores das unidades básicas de saúde. Realizou-se a coleta de dados mediante entrevista individual, utilizando-se um questionário semiestruturado e procedeu-se com a análise de conteúdo. Os dados obtidos indicam que houve poucas orientações sobre o uso de plantas medicinais e falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, sobre o assunto, o que pode acarretar uma orientação incorreta e possíveis efeitos adversos ao sujeito. Salienta-se a importância da educação em saúde, no que tange à utilização de plantas medicinais, como um desafio em Lajeado - RS. Sugere-se o desenvolvimento de ações de qualificação profissional, tendo em vista a temática das plantas medicinais como uma prática constante.

## Palavras-chave:

Plantas medicinais. Diabetes Mellitus tipo 2. Atenção primária à saúde. Educação em saúde. Educação continuada.

## Abstract

The objective of this study was to analyze health education practices and the use of medicinal plants in people with Type II Diabetes, in the Basic Health Units of the Municipality of Lajeado/RS. This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, carried out with the coordinators of the basic health units. Data were collected through an individual interview, using a semi-structured questionnaire and content analysis. The data obtained indicate that there were few guidelines on the use of medicinal plants and lack of knowledge on the part of health professionals, which may lead to incorrect orientation and possible adverse effects to the subject. The importance of health education regarding the use of medicinal plants is highlighted as a challenge in Lajeado/RS. It is suggested the development of professional qualification actions, considering the theme of medicinal plants as a constant practice.

## Keywords:

Plants medicinal. Diabetes Mellitus type 2. Primary health care. Health education. Education continuing.

## Como você deve citar?

STROHSCHOEN, Andreia Aparecida Guimarães; CAMPOS, Jéssica Mazutti Penso de. Práticas de educação em saúde e uso de plantas medicinais em pessoas com diabetes tipo II. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 39, p. 117-126, abril 2019.

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de qualificação e capacitação do profissional de saúde é um grande desafio para os serviços de atenção à saúde (COTTA et al., 2006). Diante disso, os profissionais da saúde necessitam procurar constantemente novos espaços de reflexão sobre as práticas de assistência e se conscientizarem sobre a necessidade de atualizações técnico-científicas (PEDUZZI et al., 2009). Nesse contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aprovada em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde, e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do Sistema Único de Saúde (SUS), visando ser uma atividade de caráter contínuo e transformador no processo de trabalho (BRASIL, 2004a,b; CECCIM, 2005).

Embasada na concepção pedagógica e transformadora de Paulo Freire (FREIRE, 2002), a Educação Permanente em Saúde (EPS) procura a problematização e o pensamento crítico-reflexivo para aprendizagem significativa, possível de ser desenvolvida nos serviços de saúde, visando ao devir de qualificação das práticas de saúde e de educação (CECCIM, 2005; FARIA, 2008). Desse modo, a Política de Educação Permanente em Saúde foi elaborada visando à capacitação dos profissionais frente às necessidades de saúde dos indivíduos, coletividade, gestão e controle social (BRASIL, 2004b; FARIA, 2008).

O Ministério da Saúde implantou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que traz propostas voltadas à educação em saúde e EPS, no cenário da prevenção e controle da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM). O documento estabelece diretrizes e metas para reorganização da atenção aos grupos de agravo, buscando a garantia do acompanhamento sistemático aos portadores de doenças crônicas e encoraja a qualificação profissional para o enfrentamento a essas enfermidades na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2002).

Tendo em vista a necessidade de oferta de ações que visem à prevenção e controle do DM, o contributo das plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica e a necessidade de conhecimento pelos profissionais acerca do tema, o presente estudo objetiva analisar as práticas de educação em saúde com relação ao uso de plantas medicinais em pessoas com Diabetes Mellitus tipo II (DM II), nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Lajeado/RS. Considerou-se a relação da equipe com os grupos de portadores de DM II e com a utilização de plantas medicinais hipoglicemiantes.

## 2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada com nove coordenadores (100%) de UBS no município de Lajeado, Rio Grande do Sul – Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2014), o município possui 76.187 habitantes e área de unidade territorial de 90,087 km<sup>2</sup>.

Adotou-se como critério de inclusão o participante ser coordenador da Unidade Básica de Saúde (UBS), partindo do pressuposto que esse sujeito conheça as ações desenvolvidas na equipe de saúde que integra. Convidaram-se os participantes por meio de contato telefônico, realizado pela equipe de pesquisadores, tendo em vista os procedimentos do Comitê de Ética em Pesquisa.

Realizou-se a coleta de dados mediante entrevista individual, utilizando-se um questionário semi-estruturado, entre os meses de setembro e outubro de 2013, nas UBS. Para manter o sigilo quanto à identidade nas falas, os sujeitos foram identificados em A, B, C, D, E, F, G, H e I. Procedeu-se com a análise dos dados por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009), a qual apresenta três etapas: a primeira é considerada a pré-análise, seguida da exploração do material e do tratamento dos resultados, inferência

e interpretação. Categorizaram-se os resultados em: 1) Práticas de educação em saúde entre pessoas com DM II; e 2) Práticas de educação em saúde em relação às plantas medicinais hipoglicemiantes. Foram respeitadas as considerações éticas, atendendo-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, após o conhecimento acerca dos objetivos e métodos da pesquisa. Aprovou-se o estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES (COEP/UNIVATES), sob o CAAE 05552212.3.0000.5310, portanto esta pesquisa segue os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas com Seres Humanos nº 466 de 2012 (BRASIL, 2013).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integraram o estudo nove coordenadores das UBS. Todos eram do sexo feminino e Enfermeiras. A maioria (44%) atuava na UBS a menos de 6 meses. Em relação ao tempo de formação dos profissionais, 33 (n = 3) possuíam entre 10 a 15 anos; 33% (n=3), entre 5 a 10 anos; 22% (n=2), entre 2 a 5 anos e; por fim, 11% (n=1), menos de 2 anos.

Entre os participantes, 88% (n=8) referiram possuir, no mínimo, um curso de especialização. Entre os cursos citados pelos participantes, a maioria possui especialização em Saúde da Família, sendo que também foram citadas especializações em Gestão em Saúde, Auditoria em Saúde, Terapia Intensiva, Atenção Básica, Saúde Pública, Docência em Enfermagem e Saúde Mental. Indica-se a inexistência de especialização na área de plantas medicinais e fitoterapia, podendo representar uma limitação no desenvolvimento das ações relacionadas.

#### 3.1 Práticas de educação em saúde em pessoas com DM II

Destaca-se, nas falas dos participantes, que as práticas de educação em saúde em pessoas com DM II estão relacionadas fortemente com os grupos para hipertensos e diabéticos (HiperDia). Entre os objetivos, dos dispositivos grupais, evidencia-se as orientações específicas sobre o tratamento do DM, direcionamento dos cuidados visando evitar as complicações oriundas do DM e as estratégias de estímulo e sensibilização para adesão ao tratamento.

*Os grupos são uma estratégia para aproximar os usuários da equipe para dar continuidade ao tratamento e acompanhá-los. Reforço bastante a questão de tomar as medicações conforme prescrição médica e principalmente a questão das caminhadas, que não envolvem custos e ainda beneficia a parte social e emocional (lazer) (C).*

*Para incentivar a prática de atividades físicas, contamos com um grupo de caminhadas organizado pelos profissionais da unidade de saúde que ocorre duas vezes por semana (B).*

Figura-se, aos dispositivos grupais, o potencial de proporcionar a longitudinalidade do cuidado aos pacientes diabéticos, ou seja, o acompanhamento do profissional de saúde com o usuário dos serviços durante um período duradouro e extenso. Esse processo fortalece o vínculo, possibilitando ao profissional conhecer as possíveis singularidades do usuário e da família e, a partir disso, refletir e propor, de maneira dialógica e através de uma visão holística, soluções para o processo saúde-doença.

Mais da metade (n = 6) dos participantes relatou a ocorrência de grupos de diabéticos nas unidades que coordenam, sendo que, desses, a maioria dos grupos tem encontros mensais. Além disso, a maior parte dos participantes refere boa adesão por parte dos usuários aos grupos. Segundo as falas, fica claro que a grande parte dos grupos é composto por uma frequência média de 40 usuários, porém o número pode ser menor em algumas unidades.

*O grupo ocorre mensalmente, com média de 40 participantes. Temos uma ótima adesão (F).*

*Observamos a boa adesão do grupo de participantes, que não gostam de faltar aos encontros. Eles dizem que só faltam por algum problema mais grave (B).*

Algumas falas evidenciaram grupos que apresentam uma dinâmica bastante dialógica e que acontecem no momento anterior ao da consulta médica. Além disso, nesse caso, amplia-se o convite também para os usuários hipertensos.

*São convidados todos os diabéticos e hipertensos. No primeiro momento é realizada uma conversa em grupo. Depois é verificada pressão arterial e glicemia capilar de todos os pacientes e, por fim, realizada consulta médica. Porém, só são consultados pela médica 10 pessoas. Normalmente participam somente as pessoas que estão agendadas para consulta médica naquele dia. Saliento que as consultas são agendadas previamente (C).*

Um estudo descritivo (SANTOS et al., 2007) sobre o desenvolvimento de um grupo de apoio psicológico no contexto da educação em DM que ocorre no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na Universidade de São Paulo, apresenta resultados semelhantes tanto no número de participantes quanto na frequência de encontros. Nesse estudo, a média de participantes foi de 54 diabéticos subdivididos em quatro grupos, cada um acontecia em uma semana do mês, sendo assim, totalizando também um encontro mensal para cada subgrupo. Algumas das atividades contempladas nos encontros eram, por exemplo, as verificações de parâmetros clínicos, a triagem dos pés, as orientações nutricionais, as recomendações de enfermagem, o atendimento psicológico e as comemorações de datas festivas, sendo que as atividades eram definidas no decorrer do processo grupal, levando em consideração as demandas emergentes.

Em relação à realização do convite aos usuários do serviço de saúde para a participação deles no dispositivo grupal e sobre quais são os profissionais que se envolvem com o desenvolvimento do grupo, os resultados apontam que o convite para participação no grupo geralmente é realizado por toda a equipe de saúde, porém, em algumas vezes, ele é de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na maioria das equipes que possuem o dispositivo grupal, toda a equipe faz parte do grupo, incluindo os ACS.

*No grupo desta unidade, o convite é feito pelos ACS durante a visita domiciliar (G).*

*O convite é realizado através da equipe e ACS. Fazem parte todas as pessoas da equipe, técnicos, enfermeiros, médicos, ACS (F).*

O ACS é um profissional que colabora para o elo entre a equipe de saúde e os usuários do serviço e tem papel importante nas ações de promoção à saúde. Diante disso, precisa participar efetivamente das reflexões sobre o processo saúde-doença com o objetivo de qualificar esses profissionais, tornando-os capazes para assumir o papel de facilitadores das ações de saúde (COSTA et al., 2013).

As falas trazem componentes importantes para a reflexão crítica do contexto de como os grupos são organizados e quais são as problemáticas que envolvem essa dinâmica organizacional. Em uma das falas, por exemplo, percebe-se a problemática do enfermeiro não acompanhar e não fazer parte do desenvolvimento dos grupos e, em outra fala, percebe-se que apenas profissionais de nível superior se envolvem com esse trabalho, ou seja, os ACS, os técnicos e os auxiliares de enfermagem não participam.

*Fazem parte do grupo a médica, técnica de enfermagem e ACS (C).*

*Quem participa de grupo são os médicos, a enfermeira e a nutricionista (A).*

Cabe ao enfermeiro uma visão diferenciada e holística sobre o processo de cuidado do indivíduo e da coletividade em suas diferentes dimensões, sendo que, a prática do enfermeiro é vista como um componente fundamental para a promoção à saúde (BACKES et al., 2012). Diante disso, parece favorável que esse profissional esteja atuando nos dispositivos grupais. Porém, considera-se importante também o trabalho interdisciplinar, pois ele permite o diálogo entre diferentes formações, conduzindo a hibridação de saberes e produzindo, a partir disso, um novo conhecimento (SANTOS et al., 2007).

Em outra fala, percebe-se que, além da equipe local, também são convidados profissionais externos para participar do grupo, o que vem a ser interessante, pois esses profissionais podem contribuir a partir de suas vivências, construídas em contextos diferentes. Ademais, a participação desses profissionais contribui para a troca de saberes indo ao encontro com o proposto pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a). A participação de profissionais externos está exposta na fala seguinte:

*Os profissionais que participam são toda a equipe e mais alguns profissionais convidados (B).*

Em relação às orientações prestadas aos usuários com DM, para que mantenham a glicemia em níveis adequados, as principais recomendações encontradas dizem respeito à alimentação saudável, ao uso da medicação prescrita, ao estímulo à atividade física regular, à consulta ao médico periodicamente, à realização dos exames específicos, aos cuidados com DM e à consulta ao nutricionista, conforme a demanda. Considera-se que as recomendações estão de acordo com as diretrizes mundiais (IDF, 2014a), demonstrando, como ponto positivo, a competência das equipes no manejo dos pacientes.

*Recomendamos a atividade física, hábitos alimentares saudáveis, uso correto das medicações, o controle através de glicemia capilar e exames periódicos (C).*

Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF, 2014a), são práticas importantes para a prevenção do DM II a obtenção de um peso corporal saudável, a prática de atividade física moderada, o hábito da dieta equilibrada e nutritiva. Além disso, a redução do tabagismo é importante, já que fumar aumenta a acumulação de gordura abdominal e a resistência à insulina, e a disciplina no padrão de sono, porque tanto a duração do sono curto (<6h) como a duração do sono longo (> 9h) podem estar associadas a um maior risco de desenvolver DM tipo 2 (IDF, 2014a).

Quando questionados sobre as orientações prestadas aos usuários dos serviços de saúde portadores de DM, visando evitar as complicações oriundas da doença, as respostas permaneceram semelhantes à anterior, sendo que duas participantes citaram cuidados mais específicos, conforme registro das falas:

*Calçados adequados, higiene corporal, cuidados ao cortar unhas, cuidados com acidentes domésticos, manter glicemia controlada (B).*

*Com relação à perda da visão, oriento avaliação oftalmológica. Também sempre saliento os cuidados que devem ter com os pés, usando calçados confortáveis (inclusive na caminhada), inspecioná-los antes de calçar para ver se não tem alguma coisa dentro que possa machucar e o paciente não sentir, usar calçados novos aos poucos, higiene adequada dos pés (C).*

As orientações citadas seguem as tendências básicas. Afinal, as estratégias que incentivam a adoção de hábitos de vida saudáveis, como a alimentação regular e equilibrada, a atividade física, o baixo consumo de álcool e o abandono, ou a diminuição, do tabagismo são importantes para o tratamento do DM II. Além disso, mesmo com a utilização do tratamento medicamentoso, é fundamental o acompanhamento do usuário pela equipe para aferição da evolução do DM e para estimular a adesão às orientações prestadas (BRASIL, 2013).

Quando questionados sobre as estratégias utilizadas na unidade visando à sensibilização dos usuários na perspectiva da adesão ao tratamento, as respostas novamente remeteram sobre a educação em saúde por meio dos dispositivos grupais (grupos de diabéticos ou grupos de caminhadas) e das orientações, que podem ocorrer em visitas domiciliares ou em consulta com os profissionais das unidades.

*Buscamos desenvolver a Educação em Saúde através de grupos, visitas domiciliares e orientações no dia a dia (F).*

A aprendizagem significativa acontece em um ambiente dialógico que permite a escuta e o domínio da solidariedade entre os atores sociais, levando em consideração as vivências de todos os envolvidos (BARCELOS; SCHLICHTING, 2008). Diante disso, o dispositivo grupal precisa caracterizar um espaço de reflexão e estruturação que contribua para a promoção da autonomia, favorecendo a troca de experiências e estimulando a busca ativa de informações sobre a doença e sobre as formas de desenvolver o tratamento adequado, objetivando maior qualidade de vida. Dessa forma, o dispositivo grupal permite que o sujeito seja protagonista no processo do cuidado em saúde (SANTOS et al., 2007).

Sabe-se que o DM é considerado uma doença que vem aumentando em número de casos mundialmente. Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (425 milhões de pessoas) desenvolveu DM (CHO et al., 2018). Ocorre um perfil silencioso na evolução da doença, o que traz grande preocupação aos órgãos gestores, pois essa característica contribui para a predisposição aos agravos associados e aumentam as chances de gastos com as complicações oriundas e de diminuição da qualidade de vida dos sujeitos acometidos. Outro dado importante diz respeito aos países com maior número de indivíduos diabéticos na faixa etária de 20 a 79 anos, onde se encontram, consecutivamente, a China, a Índia, os Estados Unidos da América, o Brasil e a Rússia (IDF, 2014b).

As doenças secundárias descritas associadas ao DM são, principalmente, de âmbito cardiovascular, renal, ocular, neuropáticas, além de distúrbios músculo-esqueléticos, dificuldades de raciocínio, feridas, alguns tipos de tumores, complicações na gravidez, dificuldades emocionais, podendo chegar a estados de choque insulínico e cetoacidose diabética (RIAZ, 2009). Estudos mostram que os fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do DM podem ser biológicos, ambientais ou genéticos, sendo que eles interagem entre si, aumentando a probabilidade de desenvolvimento da doença (TEMELKOVA-KURKTSCHIEV, 2012). Além disso, as complicações causadas pelo DM aos indivíduos, como amputações de membros e cegueira, os gastos com o tratamento e com as complicações oriundas do DM são importantes na economia (IDF, 2014b).

O fato de o Brasil ocupar a quarta posição mundial em número de casos de sujeitos acometidos pelo DM, sendo que boa parte dos acometidos pela doença contempla a população em idade produtiva, é um problema que tem sustentado discussões (IDF, 2014b). Nesse cenário, a capacitação profissional se faz necessária para a orientação da população, buscando reduzir as complicações ocasionadas pelo DM, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos diabéticos e diminuindo os gastos públicos referentes. Sendo assim, é fundamental que os profissionais estejam capacitados para orientar práticas de prevenção e tratamento do DM. Nessa perspectiva, pode-se observar a Educação Permanente em Saúde como um contributo importante (BRASIL, 2004a, b).

### **3.2 Práticas de educação em saúde em relação às plantas medicinais hipoglicemiantes**

O Ministério da Saúde tem apostado em alternativas de tratamentos complementares de baixo custo para o DM, entre eles, o uso de plantas medicinais hipoglicemiantes e da fitoterapia. Vale ressaltar que a fitoterapia é entendida, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como o medicamento desenvolvido exclusivamente a partir de matérias-primas de origem vegetal, contando com levantamento etnofarmacológico da eficácia e risco da espécie (NICOLETTI, 2007).

No primeiro momento, verificou-se acerca da opinião dos participantes sobre as plantas medicinais e indicação delas na prática clínica, sem entrar no mérito das plantas hipoglicemiantes. Os resultados do presente estudo apontam que todos os participantes mencionaram ser favoráveis ao uso de plantas medicinais, porém apenas a minoria referiu já ter sugerido aos usuários do serviço de saúde alguma planta medicinal.

*Sou favorável à utilização de plantas medicinais e já sugeri a camomila, a alface calmante e o romã (D).*

*Já indiquei o uso da castanha da índia, do cava-cava e da valiana (H).*

*Sugeri a utilização da stévia (F).*

A respeito do conhecimento e do embasamento teórico por parte dos profissionais de saúde em relação às plantas medicinais, algumas respostas mostraram a preocupação com a capacitação quanto à fundamentação teórica antes de sugerir a utilização de plantas medicinais para os usuários dos serviços de saúde.

*Desejo salientar que não tenho informações com bom embasamento para poder repassar aos usuários informações seguras e, por isso, não costumo orientar o uso dos mesmos. Sou favorável por sua origem ser vegetal, porém penso que deve ser orientado seu uso com segurança (C).*

Entretanto, a maioria das respostas apontou para a ideologia de que as plantas medicinais são substâncias que não trazem efeitos colaterais e possuem ótima relação de custo-benefício.

*Tem menos efeitos colaterais. São mais naturais (B).*

*Benefícios que não agredem a fisiologia do organismo (H).*

*Tem baixo custo (E).*

A respeito das plantas medicinais hipoglicemiantes, a maioria referiu não conhecer e também não ter embasamento teórico sobre sua eficácia. Entre os que referiram conhecer, foram citadas as seguintes plantas:

*Conheço a Pata de Vaca (E).*

*Existem duas que eu conheço, a Nozes e o Capim Milhã (D).*

*Conheço a Alcachofra (F).*

A maioria mencionou não ter sugerido plantas medicinais hipoglicemiantes, entretanto um dos participantes citou já ter indicado, conforme o exposto na fala:

*Já foi orientada a utilização de plantas hipoglicemiantes, entre elas a Alcachofra e a Stévia (F).*

Em um estudo sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos nas UBS do município de Maracanaú/CE, onde médicos e enfermeiros prescritores relataram suas práticas através de entrevista, percebeu-se que 91,7% afirmaram que prescrevem fitoterápicos com frequência e reconhecem sua eficiência terapêutica, observando homogeneidade entre as opiniões de médicos e enfermeiros (SILVA, 2003). O estudo de Rempel et al. (2010) mostrou que a prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos reconhecidas e cadastradas no SUS foi de apenas 4,2% na região do Vale do Taquari/RS, que integra o município de estudo.

Considerando que os dados epidemiológicos apontam para um incremento no número de portadores de DM (IDF, 2014a; CHO, 2018), trazendo consigo a problemática acerca da morbimortalidade e dos gastos referentes às intervenções com a doença e com as complicações oriundas, torna-se necessário que os profissionais da área da saúde estejam atentos à execução de ações concretas junto aos usuários dos serviços. Portanto, é fundamental a preparação dos profissionais, a fim de propor ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Além disso, essa qualificação se faz necessária para a utilização do contributo das plantas medicinais no tratamento do DM, evidenciando a importância da Educação Permanente em Saúde para os profissionais de saúde, sendo uma ferramenta imprescindível nesse processo.

#### **4 CONCLUSÃO**

Os resultados mostram que os usuários do serviço de saúde têm boa adesão ao dispositivo grupal, o qual, na maioria das vezes, ocorre mensalmente, sendo que tanto o convite quanto o desenvolvimento do grupo geralmente são realizados por toda equipe de saúde, contando com profissionais de ensino superior, técnicos e ACS. Nesse contexto, percebe-se que os grupos favorecem a identificação entre os usuários do serviço com os profissionais de saúde, tendendo ao fortalecimento do vínculo e longitudinalidade do cuidado.

Os resultados desta pesquisa mostram que, em suma, as orientações prestadas pelos profissionais aos usuários dos serviços de saúde sobre DM estão de acordo com a literatura. A respeito da orientação sobre o uso de plantas medicinais, percebe-se que, em alguns casos, ocorre a prática, porém evidencia-se a falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre a temática. Nesse ponto, salienta-se a importância da Educação Permanente em Saúde como prática rotineira dos profissionais da área.

Todos os profissionais se mostram favoráveis ao uso de plantas medicinais, porém poucos referiram o uso. Além disso, na perspectiva de plantas medicinais hipoglicemiantes, percebe-se a falta de conhecimento e embasamento teórico para a utilização dessa prática nos serviços de APS no município onde ocorreu a verificação. Diante disso, espera-se que o presente estudo possa disparar o pensamento crítico-reflexivo e transformador, buscando a utilização da Educação Permanente em Saúde como um processo compartilhado e construtivo, objetivando a qualificação dos profissionais e, conseqüentemente, dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.17, n.1, p.223-230. 2012.
- BARCELOS, V.; SCHLICHTING, H.A. O amor como fundamento da aprendizagem humana em Humberto Maturana: uma contribuição à educação ambiental. In: BAGGIO, A.; BARCELOS, V. (org.) **Educação ambiental e complexidade: entre pensamentos e ações**. Santa Cruz do Sul: UNISC; pp. 99-120. 2008.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Proposta de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes** [internet]. Brasília: MS; 2002. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/projeto\\_educacao\\_permanente-maio14.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/projeto_educacao_permanente-maio14.pdf). Acesso em: 23 jul. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 14 fev. 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde** [internet]. Brasília: MS; 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf). Acesso em: 23 jul. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 22 ago. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 13 jun.; Seção 1. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - diabetes mellitus** [internet]. Brasília: MS; 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf). Acesso em: 23 jul. 2015.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu). v. 9, n.16, p.161-168. 2005.
- CHO, N.H; SHAW, J.E.; KARURANGA, HUANG, S.Y.; ROCHA FERNANDES, J.D. da; OHLROGGE, A.W.; MALANDA, B. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 138, p. 271-281. 2018.
- COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.7, p.2147-2156. 2013.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.15, n.3, p.7-18. 2006.

FARIA, R.M.B. Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Infográficos**: dados gerais do município [internet]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431140>. Acesso em: 01 jul. 2014.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas Update, 2014a** [internet]. Bélgica: IDF; 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book>. Acesso em: 05 ago. 2015.

IDF. International Diabetes Federation. **Prevention** [internet]. Bélgica: IDF; 2014b. Disponível em: <http://www.idf.org/prevention>. Acesso em: 16 abr. 2015.

NICOLETTI, M.A.; OLIVEIRA-JÚNIOR, M.A.; BERTASSO, C.C.; CAPOROSSI, P.Y.; TAVARES, A.P.L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma**. v.19, n.1, p.32-50. 2007.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D.A.D.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**. v.13, n.30, p.121-134. 2009.

REMPEL, C.; STROHSCHOEN, A.A.G.; HOERLLE, J.L.; SARTORI, M.A.B.; BUSCH, G.C.; PÉRICO, E.; POZZOBON, A.; CARRENO, I.; BOSCO, S.M.D.; AGOSTINI, C.; BENINI, E.B. Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde do Vale do Taquari: fatores de risco de diabetes e utilização de fitoterápicos. **ConScientiae Saúde**. v.9, n.1, p.17-24. 2010.

RIAZ, S. Diabetes Mellitus. **Sci. Res. Essays**. v.4, n.5, p.367-373. 2009.

SANTOS, M.A.; PERES, D.S.; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M. Grupo Operativo como estratégia para atenção integral ao diabético. **Rev Enferm UERJ**. v.15, n.2, p.242-247. 2007.

SILVA, M.I.G. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família, no município de Maracanaú - Ceará [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2003.

TEMELKOVA-KURKTSCHIEV T.; STEFANOV, T. Lifestyle and genetics in obesity and type 2 diabetes. **Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes**. v.120, n.1, p.1-6. 2012.