THAIS MOURA RIBEIRO DO VALLE NASCIMENTO

**A prática do autocuidado em diabetes: o papel da equipe
estratégia de saúde da família com ênfase no agente
comunitário na região oeste de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

Programa de Endocrinologia

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Nery

**SÃO PAULO
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nascimento, Thais Moura Ribeiro do Valle

A prática do autocuidado em diabetes : o papel da equipe estratégia de saúde da família com ênfase no agente comunitário na região oeste de São Paulo / Thais Moura Ribeiro do Valle Nascimento. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Endocrinologia.

Orientadora: Márcia Nery.

Descritores: 1.Diabetes mellitus 2.Autocuidado 3.Entrevista motivacional 4.Agentes comunitários de saúde 5.Educação em saúde 6.Estratégia saúde da família 7.Atenção primária à saúde

USP/FM/DBD-424/15

*Dedico essa dissertação a Deus, fonte de todo
bem e de toda ciência.
À Maria Santíssima, minha Mãe.
Àqueles que sofrem, especialmente de diabetes.
E a minha tão amada e querida, mãe Lídia, minha
inspiração, que, no meio dessa caminhada, partiu para
a casa do Senhor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por tudo.

Agradeço, especialmente, à minha orientadora, Prof. Dr. Márcia Nery, por seu apoio incondicional e sua amizade, por seu exemplo de vida na dedicação aos pacientes com diabetes, por seu trabalho no ensino e por acreditar na melhora do sistema saúde.

Agradeço a Prof. Dr. Michelle Heisler, por seu apoio tão próximo, apesar dos milhares de quilômetros de distância, por seu entusiasmo e sua motivação durante todo esse período.

Agradeço às agentes comunitárias de saúde, pela fundamental dedicação e pelo empenho nos seus trabalhos, em especial: Shirley, Sirleide, Marilena, Silvia, Nilce, Dionísia, Irene, Marlene, Ester, Bruna, Terezinha, Eliane, Ana Maria, Cristiane, Elisa, Marilene, Tania, Cida e Ana Paula.

À querida amiga e enfermeira Karen, que não mediu esforços para ajudar aos pacientes e à pesquisa, sempre com bom humor e entusiasmo.

Às amigas e colegas médicas Veronica e Lillian, que me ajudaram com seu conhecimento e sua dedicação aos pacientes.

Agradeço à disciplina de Endocrinologia e Metabologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por me aceitar em seu programa.

Agradeço ao Grupo de Educação da unidade de Diabetes do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas de Universidade de São Paulo.

Agradeço à Universidade de Michigan, pela parceria e pelo apoio ao projeto.

Agradeço ao Prof. Dr. Ken Resnicow, que não mediu esforços para nos ensinar a técnica de entrevista motivacional.

Agradeço ao Prof. Dr. Julio Litvoc, que nos ajudou no desenho e idealização do projeto.

Agradeço às queridas colegas e treinadoras em entrevista motivacional: Paula, Maria Rosa e Fátima.

Agradeço às minhas queridas alunas brasileiras: Caroline e Cintia; e americanas: Siman e Pooja.

Agradeço à Fundação Faculdade de Medicina e pelo Projeto Região Oeste, pelo precioso tempo para o qual me disponibilizou para a execução deste estudo.

Agradeço à FAPESP, pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho.

Agradeço à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste da Prefeitura de São Paulo, pela autorização ao desenvolvimento do estudo.

À Iolanda, gerente da Unidade da Vila Piauí, pelo seu tão importante apoio à realização do projeto.

À Liz e Hwajung, por seu apoio internacional ao projeto.

Às secretarias: Cida e Senária, por sua preciosa ajuda.

A todos da minha família e meus amigos, que alegam minha caminhada.

A minha querida amiga Luciana Pricoli, pelo apoio fundamental sempre.

A minha amada avó, Nilde, por sempre me apoiar a ser tão boa médica como foi meu avô.

Aos meus amados sogros Lu e Ari, sempre dispostos a ajudar, pelo apoio fundamental com as crianças.

Aos meus amados e saudosos pais Lidia e Ribas, que me ensinaram o que é amar e ser amada.

Aos meus amados filhos: Maria Beatriz e João Gabriel minha motivação para viver.

Ao meu amado marido Rafael, meu coração e minha alma.

À Maria Santíssima, que sempre me prepara um caminho seguro.

***“Põe um motivo sobrenatural na tua atividade profissional de
cada dia, e terás santificado o trabalho”.***

(São Josemaría Escrivá)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	2
2 OBJETIVOS	11
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 Treinamento dos multiplicadores.....	13
3.2 Treinamento das Equipes de Saúde da Família	14
3.2.1 Treinamento para autocuidado em diabetes para os profissionais de saúde	14
3.2.2 Treinamento em entrevista motivacional para os profissionais de saúde da família.....	16
3.3 Avaliação do treinamento para os profissionais de saúde	18
3.4 Intervenção.....	19
3.4.1 Seleção dos pacientes	19
3.4.2 Entrevista inicial	21
3.4.3 Coleta dos exames laboratoriais.....	22
3.4.4 Aplicação dos instrumentos de avaliação	22
3.4.5 Seguimento.....	22
3.5 Avaliação dos resultados.....	23
3.5.1 Avaliação dos profissionais envolvidos e do processo em geral.....	23
3.5.2 Dados clínicos e laboratoriais	24
3.5.2 Instrumentos de avaliação do impacto da doença na qualidade de vida e do comportamento do paciente com o autocuidado	25
3.6 Análise estatística.....	27
3.7 Aprovação do Comitê de Ética Médica	28
4 RESULTADOS	30
5 DISCUSSÃO.....	48

6 CONCLUSÃO	60
7 ANEXOS	62
7.1 ANEXO A - Programa do Treinamento em diabetes.....	62
7.2 ANEXO B – Formulário de avaliação da entrevista motivacional com as médias das notas obtidas pelas 16 ACS avaliadas	64
7.3 ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
7.4 ANEXO D – Plano de Ação.....	71
7.5 ANEXO E – Questionário da Avaliação do Comportamento de Autocuidado.....	72
7.7 ANEXO F – Aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo	89
7.7 ANEXO G – Aprovação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	92
8 REFERÊNCIAS	95

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A1c	Hemoglobina Glicada
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
C	Colesterol
CDSMP	<i>Chronic Disease Self-Management Program</i>
Cols.	Colaboradores
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
EM	Entrevista Motivacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IMC	Índice de Massa Corpórea
IMDSES	<i>Insulin Management Diabetes Self Efficacy Scale</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
Kg	Quilogramas
Kg/m ²	Quilogramas por Metro ao Quadrado
LDL	<i>Low Density Lipoproteins</i>
M	Média

Mg	Miligrama por Decilitro
Mg	Miligramas
N	Número
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACIC	<i>Patient Assesment of Chronic Illness Care Questionnaire</i>
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAID	<i>Problem Areas in Diabetes</i>
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PRIME MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
SIAB	Sistema de Informática da Atenção Básica
SIS	Sistema Geral de Informação de Saúde
STATA	<i>Data Analysis and Statistical Software</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U.K.	<i>United Kingtown</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UKPDS	<i>United Kingdom Prospective Diabetes Study</i>
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características demográficas dos agentes comunitários participantes da intervenção (n=19).....	30
Tabela 2	Descrição de variáveis sociais dos 57 pacientes ao início do estudo	32
Tabela 3	Teste t-Student sobre o questionário PRIME antes da intervenção e após 6 meses	33
Tabela 4	Variáveis clínicas observadas entre os pacientes que concluíram o estudo	33
Tabela 5	Variáveis laboratoriais no início e após 6 meses de intervenção	34
Tabela 6	Descrição de uso de medicamentos antes e após a intervenção	35
Tabela 7	Comparação entre variáveis laboratoriais no início e após a intervenção pelo número de planos de ação realizados com a agente comunitária.....	36
Tabela 8	Comparação entre variáveis laboratoriais e clínicas no início e após a intervenção por nota de desempenho da agente comunitária em critérios de avaliação da entrevista motivacional.....	37
Tabela 9	Avaliação da adesão aos medicamentos de acordo com o questionário de Morisky-Green antes da intervenção e após 6 meses	38
Tabela 10	Teste t-Student de adesão aos medicamentos antes da intervenção e após 6 meses	39
Tabela 11	A avaliação do autocuidado em diabetes pelo questionário de Toobert antes e após a intervenção.....	39
Tabela 12	Avaliação dos problemas nas áreas de doenças crônicas (relacionado ao questionário PACIC)	40
Tabela 13	A respeito do relacionamento com o agente comunitário de saúde (ACS) antes e após a intervenção	42

Tabela 14	Avaliação da experiência dos pacientes com relação aos agentes comunitários de saúde	43
Tabela 15	Avaliação de satisfação com os cuidados de saúde antes e após a intervenção.....	43
Tabela 16	A auto eficácia utilizando a escala IMDSES no início e após 6 meses de intervenção	44
Tabela 17	Avaliação dos problemas nas áreas de diabetes antes e após a intervenção	44
Tabela 18	Avaliação do potencial de motivação e da tentativa de identificar de onde vem a motivação para o autocuidado do diabetes	45
Tabela 19	Avaliação dos agentes de saúde com relação a intervenção	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Como os pacientes classificam sua saúde no início e após 6 meses de intervenção.....	32
Gráfico 2	Avaliação dos planos de ação com relação aos pontos de melhora do diabetes que os pacientes decidiram trabalhar a cada mês da intervenção.....	38

RESUMO

Nascimento TMRV. *A prática do autocuidado em diabetes: o papel da equipe estratégia de saúde da família com ênfase no agente comunitário na região oeste de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Diabetes mellitus é uma doença que demanda de seus portadores um grande número de cuidados, por vezes, de difícil execução. Este motivo, entre outros, torna o controle desta doença inadequado na maior parte dos serviços. Intervenções feitas com pares utilizando métodos de comunicação eficazes têm-se mostrado úteis para auxiliar os pacientes a realizar os passos necessários para sua melhora clínica. O presente estudo realizou um projeto de intervenção de autocuidado em diabetes utilizando a técnica de entrevista motivacional (EM) em uma Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família. O objetivo principal consistiu em verificar o impacto da intervenção sobre dados clínicos e laboratoriais dos pacientes, bem como, no comportamento relacionado ao autocuidado em diabetes. Secundariamente, o estudo visou avaliar como os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, em especial, os agentes comunitários, aceitaram e realizaram a mudança do método de trabalho. Como metodologia, o projeto orientou a aplicação, nas visitas mensais que os agentes comunitários de saúde (ACS) fazem às pessoas com diabetes, da técnica de entrevista motivacional como forma de desenvolver o suporte por pares e a realização de planos de ação para melhora do autocuidado. Para tanto, anteriormente, proporcionou diversos treinamentos das Equipes de Saúde da Família em diabetes e entrevista motivacional. A avaliação foi feita por questionários comportamentais, avaliação clínica e laboratorial no início e após 6 meses da intervenção. A viabilidade do projeto foi avaliada por meio da observação sistemática do trabalho das agentes e por entrevistas feitas com eles ao final do estudo. Não houve diferença nas variáveis clínicas (IMC, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica) com a intervenção. Houve diminuição significativa das concentrações plasmáticas de colesterol total, do LDL colesterol e do triglicérides. A concentração de hemoglobina glicada melhorou nos pacientes que fizeram mais de 3 planos de ação quando comparada aos que fizeram menos de 3; por outro lado, no grupo com maior número de planos, foi observado aumento da pressão sistólica. Quanto a práticas de autocuidado: houve melhora no aumento da ingestão de vegetais, diminuição de carne vermelha, aumento na atividade física, diminuição da baixa adesão medicamentosa. Sendo, no entanto, observada piora na

adesão à insulina. Houve uma significativa melhora na avaliação que os pacientes fazem dos agentes de saúde. Por sua vez, na opinião dos ACS, a intervenção melhorou o cuidado oferecido aos pacientes e o treinamento em entrevista motivacional mudou a sua interação com os pacientes. A viabilidade da intervenção foi avaliada como positiva, pois os ACS se propõem a continuar a usar os planos de ação. Em conclusão, aplicar a técnica de EM por agentes comunitários de saúde é possível e viável, tendo como resultado melhora em algumas medidas de comportamento importantes para o controle do diabetes, assim como, em curto prazo, em alguns parâmetros laboratoriais.

Descritores: Diabetes mellitus; Autocuidado; Entrevista motivacional; Agentes comunitários de saúde; Educação em saúde; Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Nascimento TMRV. *Community health agent-led diabetes self-management program using motivational interviewing-based approaches in a public primary care center in Sao Paulo, Brazil* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

Diabetes mellitus is a disease that demands of its sufferers a lot of care, sometimes difficult to implement. This reason, among others, makes control of this disease inappropriate in most services. Interventions by using peer support had been proving useful help from patients to develop the necessary steps for their clinical improvement. This study conducted a self-care intervention project on diabetes using motivational interviewing (MI) technique in a Basic Health Unit of the Family Health Strategy. The main objective was to verify the impact of the intervention on patients clinical and laboratory data, as well as behavior related to self-care in diabetes. Secondly, the study aimed to evaluate how health professionals of the Family Health Strategy, especially community agents, accepted and realized the change in the working method. As methodology, the project guided the application of motivational interviewing technique in monthly visits from community health agents (CHA) to people with diabetes, developing peer support and helping the patients to do action plans to improve self-care. But to do the intervention, they were trained before in diabetes and motivational interviewing. The evaluation was made by behavioral questionnaires, clinical and laboratory assessment at baseline and after six months of intervention. The feasibility of the project was evaluated through systematic observation of the work of agents and interviews with them at the end of the study. There were no differences in clinical variables (BMI, waist circumference, systolic and diastolic blood pressure) with the intervention. There was a significant decrease in plasma concentrations of total cholesterol, LDL cholesterol and triglycerides. The concentration of A1c improved in patients who had more than 3 action plans when compared to those who made less than 3; On the other hand in the group with the highest number of plans was an increase of systolic pressure. As for self-care practices: there was an improvement in increasing vegetable intake, decreased red meat, increased physical activity, decreased low medication adherence. However, was observed worsening of adherence to insulin. There was a significant improvement in the assessment that patients make about the CHA. In turn, in the opinion of the CHA intervention improved care provided to patients and training in motivational interviewing changed for better their interaction with patients. The feasibility of the intervention was assessed as positive, because the CHA intends to

continue to use the action plans. In conclusion apply the technique of MI by community health workers is possible and feasible, resulting in an improvement of some important self-care measures for diabetes management as well as in short term in some laboratory parameters.

Descriptors: Diabetes mellitus; Self-care; Motivacional interviewing; Community health workers; Health education; Family health strategy; Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O diabetes é uma doença crônica que, pela frequente presença de complicações, causa significativa piora da qualidade de vida, incapacidade, e custos financeiros no Brasil e no mundo. Seu tratamento é complexo e demanda do paciente com diabetes uma gama de procedimentos de autocuidado que necessitam ser aprendidos e praticados. Muitos desses são difíceis de serem incorporados no cotidiano. Por isso, melhorar o apoio ao autocuidado na atenção primária à saúde, melhorar a relação entre profissionais de saúde e pacientes, apoiar mudanças de estilo de vida possíveis e melhorar a qualidade do cuidado oferecido pelos sistemas de saúde são as principais estratégias apontadas pela ADA (Associação Americana de Diabetes).¹

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), o diabetes mellitus (DM) afetava 8,3% da população mundial em 2014, que compreendia a existência de 387 milhões de pessoas com diabetes no mundo. Estima-se que este número seja associado a 4,9 milhões de mortes por diabetes, por ano no mundo.²

Na América Latina, estima-se que 1,6 milhão de pessoas morrem anualmente por doenças não transmissíveis e muitos prematuramente, com quase meio milhão de mortes antes dos 70 anos de idade.³ No Brasil, as doenças não transmissíveis são a principal causa de morbidade, responsável por cerca de 73% das mortes em 2013.⁴ Infelizmente, há uma escassez de evidências sobre intervenções custo-efetivas para lidar com esse fardo da doença.⁵

Na cidade de São Paulo, a prevalência de diabetes é de 8,2% entre pessoas com mais de 18 anos e de 6,9% na população brasileira (segundo inquérito VIGITEL 2013).⁶

Na área do Projeto Região Oeste de São Paulo, os dados de prevalência de diabetes não são conhecidos com exatidão, presumindo-se

que menos de 5% das pessoas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenham essa doença, o que sugere ser importante o aprimoramento do sistema de informação para a identificação mais exata das necessidades de atendimento voltadas ao diabetes, assim como de informações sobre hipertensão e obesidade, doenças intimamente relacionadas a ela.⁷

O diabetes mellitus acarreta alto custo individual e social; de acordo com a IDF, o gasto para tratamento em diabetes foi de 612 bilhões de dólares americanos em 2014,² além dos custos indiretos relacionados à perda de produtividade, à mortalidade prematura, à aposentadoria precoce e ao absenteísmo no trabalho, e para tratamento das complicações crônicas decorrentes da doença inadequadamente tratada. Sabe-se, também, que a pessoa com diabetes geralmente apresenta outras doenças crônicas, o que dificulta seu cuidado.⁸

O ensaio clínico randomizado *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS), que acompanhou 5102 pacientes durante 15 anos, demonstrou definitivamente a importância do controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2, uma vez que, para cada ponto percentual de redução da hemoglobina glicada, havia 35% de redução na incidência de doença microvascular. Este mesmo estudo observou também que o controle pressórico em pessoas com diabetes tipo 2 promovia importante redução do risco de morte relacionada ao diabetes, assim como redução de complicações, progressão de retinopatia e deterioração de acuidade visual. A reavaliação destes pacientes 10 anos após o término do estudo mostrou que a mortalidade por infarto era 15% menor no grupo intervenção, demonstrando, assim, as vantagens de tratamento precoce.⁹

Apesar de não haver dúvida da importância do controle, sabe-se que, em geral, as metas glicêmicas raramente são atingidas. No Brasil, a análise do controle glicêmico de 6.671 adultos diabéticos, dos quais 5.692 com diabetes tipo 2 atendidos em Serviços de Saúde de grandes cidades brasileiras mostrou que o controle estava inadequado (hemoglobina glicada maior ou igual a 7%) em 73% das pessoas.¹⁰

Dentre as dificuldades para se obter um bom controle, destaca-se que o tratamento desta doença é complexo, incluindo modificações de estilo de vida, além do uso de muitas medicações de uso difícil e custo frequentemente elevado.¹¹ Porém, várias pesquisas mostram que, embora a pessoa com diabetes saiba dos seus desencadeantes e quais os cuidados necessários, esse saber, muitas vezes, não leva à melhora do autocuidado, como tomada da medicação, dieta, ou outra mudança no estilo de vida que leve a um bom controle glicêmico.¹²

A Organização Mundial de Saúde preconiza que “boa parte dos cuidados que os indivíduos necessitam pode ser proporcionada por eles mesmos”. “A melhora no autocuidado nas doenças crônicas terá impacto muito maior na saúde da população do que a criação ou melhoria de um tratamento médico específico”.¹³

O autocuidado no longo prazo baseia-se em um compromisso sustentado de realizar várias práticas diárias de autocuidado, incluindo monitorar a glicose no sangue, tomar corretamente a medicação prescrita, fazer escolhas alimentares saudáveis, e realizar exercícios físicos regularmente.¹⁴ Os pacientes também são aconselhados a ter uma rotina relacionada ao diabetes que inclui cuidados preventivos de saúde, como cuidado com os pés, triagem de retinopatia, exames como hemoglobina glicada, dosagem de lipídios e aferição da pressão arterial.¹⁵

As intervenções relacionadas ao conhecimento sobre o diabetes em curto prazo têm demonstrado impacto positivo sobre o autocuidado, como a melhora do monitoramento da glicose no sangue, dos hábitos alimentares, e, em consequência, melhor controle glicêmico.^{16,17-20}

Há numerosas evidências de que o processo de educação em diabetes para a prática do autocuidado é melhor quando o sistema de saúde trabalha em equipe.¹

No entanto, estas intervenções podem não ser duradouras: Agur-Collins e cols. mostraram que, após 3 meses de intervenção, houve melhora significativa no controle glicêmico, peso, prática de exercícios, diminuição da ingestão de gorduras, e conhecimentos em nutrição. No entanto, após 6

meses de acompanhamento, apenas uma parte dos fatores avaliados persistia, sugerindo a necessidade de apoio contínuo ao autocuidado.²¹

No Brasil, desde 1988, houve uma reestruturação da atenção primária com a criação do Sistema Único de Saúde. Esse sistema apresenta como pilares a universalidade, a equidade e a integralidade. Em 1994, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) para que as equipes de profissionais de saúde (que incluem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) tenham a oportunidade de trabalhar em conjunto e proporcionar uma atenção mais integrada. Em 2015, de acordo com Ministério da Saúde, são 48.244 as equipes de saúde da família, com estimativa de população coberta de 122.433.574 pessoas.²² Especificamente, a adição de agentes comunitários para a equipe de cuidados de saúde aumenta significativamente as possibilidades de desenvolver e realizar esforços sustentados para apoiar os doentes crônicos na atenção primária. Reconhece-se hoje que agentes comunitários de saúde (ACS) são eficazes para facilitar a educação em saúde e para fornecer o suporte necessário para o autocuidado.²³

Simões e cols. (2015) descrevem várias intervenções implementadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para enfrentar a epidemia de diabetes doenças crônicas, mas ainda não há evidências sobre a eficácia dessas abordagens. O sucesso dependerá, em grande parte, se as intervenções para melhorar e reduzir o impacto dessas doenças e de seus fatores de risco forem duradouras.²⁴

Em todo o mundo, diferentes tipos de pessoas da comunidade, entre as quais líderes leigos, pacientes treinados, agentes comunitários, religiosos, podem oferecer apoio a pessoas com doenças crônicas por meio de um processo conhecido como suporte por pares (*peer support*). Essas pessoas podem ser iguais de várias maneiras como, por exemplo, culturalmente iguais, ou com a mesma doença ou morar próximas ao paciente. O objetivo é permitir compartilhar experiências que, muitas vezes, pelo tempo da consulta médica, não é possível a fazer com o médico ou enfermeiro. Ao mesmo tempo, possibilita esclarecer dúvidas e preconceitos

não resolvidos no seguimento habitual, e não compartilhados com os profissionais durante consulta tradicional, e que podem prejudicar o controle e aumentar as complicações causadas pelo diabetes.²⁵

O apoio dos pares (*peers support*) tem se mostrado eficaz em melhorar diversos comportamentos de saúde, entre os quais: mudanças positivas no modo de enfrentar os desafios da doença, bons resultados no controle metabólico, redução do risco cardiovascular e melhora psicossocial. A forma de apoio dos pares que tem sido mais avaliada até o momento são os programas de agentes comunitários de saúde.²⁶⁻²⁸ Esta forma de intervenção de apoio dos pares pode levar à redução nos custos de saúde, como demonstrado por taxas menores de idas ao pronto-atendimento,²⁸⁻³⁰ e também pela diminuição do número de hospitalizações.³¹ Considerando que os agentes comunitários são pessoas que moram na mesma área geográfica dos pacientes, nesse sentido, eles podem ser considerados pares. Além disso, o modelo brasileiro da Estratégia de Saúde da Família, incorporando inclusive agentes comunitários à equipe de saúde, é, teoricamente, o modelo ideal para o cuidado de pessoas com diabetes e outras doenças crônicas. No entanto, a atuação das equipes, em especial, dos agentes comunitários, varia bastante de uma região para outra e de um profissional para outro.

Embora a pesquisa sobre o apoio dos pares seja promissora, as intervenções, até agora, existentes têm as seguintes limitações:

- 1) Tempo limitado. Diabetes é uma doença crônica, como já exposto, e requer suporte de autocuidado contínuo. Até o momento, os grupos de intervenções de pares foram concebidos para existirem por um tempo limitado, com duração de 6 semanas a 12 meses. Por exemplo, o Programa *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP) é uma intervenção de 6 semanas^{28,32,33}, enquanto Brown e cols.³⁴ avaliaram o papel dos pares em estudo de 9 meses.

- 2) Programas intensamente estruturados. Cada paciente tem suas próprias preocupações, prioridades e necessidades que surgem ao longo do tempo, assim como modos diversos de aprender. A maioria dos programas de educação aborda as áreas de conteúdo necessárias para serem credenciados pela *International Diabetes Federation* (IDF), e os tópicos, geralmente, são ensinados em uma sequência pré-determinada.³⁵

Pacientes experimentam e aprendem sobre o diabetes de maneiras diferentes. No entanto, grupos de intervenções com pares que foram avaliados até o momento estão bem estruturados e baseados em roteiros. Por exemplo, no *Chronic Disease Self-Management Program*, os pares instrutores são orientados a ler "palavra por palavra" o roteiro preparado para cada plano de ação.^{28,32,36} Embora essa abordagem garanta a normatização, não é propícia para o livre fluxo de comunicação sensível às diferenças individuais.

Bob Anderson, em seu livro "The art of empowerment. Stories and strategies for diabetes educators", define empoderamento como um termo criado na educação em saúde no qual o paciente está no controle. E, enfatizando diabetes, define empoderamento como "ajudar as pessoas a descobrir e usar sua capacidade inata para obter domínio sobre seu diabetes".³⁷

O empoderamento permite a aprendizagem e o desenvolvimento de consciência crítica, na qual a pessoa com diabetes encontra sentido para um modo de viver saudável. Somente a informação técnica, fornecida nos processos educativos, muitas vezes, não irá modificar os comportamentos em relação ao diabetes. Embora o conhecimento seja uma condição necessária para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento, somente ele não é suficiente para que determinado comportamento seja modificado.³⁸

O empoderamento é um processo de educação em saúde que pretende que a pessoa adquira um posicionamento crítico sobre seu dia a

dia e, assim, possa ser o seu próprio agente de mudança, de um determinado comportamento.^{39,40} Uma das técnicas é a entrevista motivacional, na qual o paciente é o centro da abordagem, participando no estabelecimento de metas, como ferramenta para apoiar o autocuidado e os profissionais de saúde utilizam a escuta ativa.

As intervenções com a estratégia de empoderamento têm sido eficazes para melhorar os cuidados dos pacientes com diabetes⁴¹⁻⁴⁴. O empoderamento é consistente com os princípios da teoria da autodeterminação, que postula que um indivíduo tem mais probabilidade de estar motivado para desenvolver as habilidades e a capacidade de se autocuidar se existe relação com o que a pessoa acha importante para si.⁴⁵ No contexto do cuidado do diabetes, a motivação da autonomia refere-se ao que os pacientes sentem ao se valorizar por estar tomando um comportamento acertado com relação ao seu autocuidado do diabetes.⁴⁶

O suporte da autonomia é definido como o grau em que os prestadores de cuidados de saúde e as fontes de apoio social entendem as necessidades e prioridades dos pacientes com relação ao diabetes, e oferecem informações relevantes, sem controlar o comportamento das pessoas.⁴⁷ Na perspectiva do empoderamento, o diabetes e sua autogestão pertencem ao paciente. Para serem eficazes, as metas pessoais do paciente com relação ao diabetes devem orientar o desenvolvimento dos planos de ação concretos para o autocuidado do diabetes.⁴⁸

A entrevista motivacional (EM) foi, originalmente, desenvolvida para uso em comportamentos de dependência, mas, mais recentemente, tem sido aplicada a mudança de comportamento em doenças crônicas.⁴⁹⁻⁵³ A entrevista motivacional é uma orientação interpessoal, com empatia, de igual para igual, e centrado no “modo de ser” do paciente que se manifesta por meio de técnicas específicas e das estratégias descritas a seguir. Ela ajuda o indivíduo a trabalhar a mudança de comportamento, superar suas próprias barreiras, e descobrir as potenciais fontes de motivação individuais.^{49-52,54} Para atingir estes fins, quem aplica a técnica depende fortemente da escuta reflexiva e afirmações positivas, em vez de persuasão ou aconselhamento.

Por todos esses motivos e também porque o Ministério da Saúde considera que o cuidado com o diabetes é uma prioridade nos dias de hoje, intervenções baseadas na melhor qualificação destes profissionais, normatizando suas atividades, podem ser uma abordagem promissora para a melhoria do cuidado oferecido pelas unidades de saúde a esses pacientes.

A escolha da unidade na qual se realizará o estudo não foi aleatória. A Unidade Básica de Saúde Vila Piauí, pertencente à Supervisão Técnica de Saúde Lapa Pinheiros da Coordenadoria de Saúde Centro Oeste da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, foi selecionada por situar-se na região que era convênio da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), além de ser, na época do desenvolvimento da pesquisa, local de trabalho de uma das pesquisadoras.

A unidade básica de saúde (UBS) da Vila Piauí é uma unidade da Estratégia de Saúde da Família que conta com 4 equipes de saúde, sendo cada uma delas composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Cada agente de saúde tem, em média, 150 famílias. Também participam da Estratégia profissionais do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), que, nesta UBS, é composto por nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga. Tem, em sua área de abrangência, 12.660 pessoas maiores de 15 anos; dentre estas, 713 (5,6% da população inscrita) são diabéticas. Os dados acima são do Sistema de Informática da Atenção Básica (SIAB), que é parte do Sistema Geral de Informação de Saúde (SIS) do Ministério de Saúde, do mês de março de 2015.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

O objetivo principal consistiu em verificar o impacto da intervenção sobre dados clínicos e laboratoriais dos pacientes, bem como, no comportamento relacionado ao autocuidado em diabetes.

Secundariamente, o estudo visou avaliar como os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, em especial, os agentes comunitários, aceitaram e realizaram a mudança do método de trabalho.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

O programa consistiu em aplicar nas visitas mensais que os agentes comunitários de saúde (ACS) fazem às pessoas com diabetes a técnica de entrevista motivacional como forma de desenvolver o suporte por iguais. Os agentes comunitários são considerados iguais aos pacientes por serem vizinhos a esses e, muitas vezes, apresentarem-se culturalmente próximos.

O estudo foi realizado de acordo com as seguintes fases:

1. Treinamento dos multiplicadores em entrevista motivacional para que possam treinar as Equipes de Saúde da Família;
2. Treinamento das Equipes de Saúde da Família em diabetes e entrevista motivacional;
3. Avaliação do treinamento das Equipes de Saúde da Família;
4. Intervenção;
5. Avaliação dos resultados.

3.1 Treinamento dos multiplicadores

Quinze profissionais de saúde participantes do grupo de educação da Unidade de Diabetes da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da FMUSP foram convidados para realizarem um treinamento em entrevista motivacional, em dezembro de 2012, conduzido por especialistas da Universidade de Michigan (Michele Heisler e Ken Resnicow), que teve a duração de 20 horas.

Dentre esses profissionais quatro foram escolhidos, pelo desempenho e também pela disponibilidade e interesse, para serem os multiplicadores da

técnica, ou seja, os treinadores dos agentes comunitários, médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem da Unidade Básica de Saúde. Para tanto, os multiplicadores continuaram seu aprendizado por meio de videoconferência pela Internet com a equipe da Universidade de Michigan totalizando mais 16 horas de treinamento a distância.

Em dezembro de 2013, os quatro multiplicadores participaram de um novo encontro de 16 horas para reavaliarem os conceitos, técnicas e para realização de atividades práticas. Foram treinadores os profissionais da Universidade de Michigan (Michele Heisler e Ken Resnicow).

3.2 Treinamento das Equipes de Saúde da Família

O treinamento para a equipe de profissionais de saúde foi desenvolvido em duas etapas: treinamento para autocuidado em diabetes e treinamento em entrevista motivacional.

3.2.1 Treinamento para autocuidado em diabetes para os profissionais de saúde

O treinamento em diabetes foi feito utilizando o modelo de um curso de imersão aprovado pelo Serviço de Endocrinologia e Metabologia da FMUSP, e já aplicado em várias situações com sucesso⁵⁵, e que tem como estratégia o *aprender fazendo e aprendizado baseado no problema*.

Para isso, cada participante é convidado a assumir o papel de uma personagem cuja história clínica pregressa indicava que ele tinha vários fatores de risco e que, posteriormente, evoluiu para o diabetes manifesto. A personagem passa por vários tipos de tratamento, inclusive insulinoaterapia. Os participantes são convidados a exercer, durante o tempo do treinamento, as modificações de hábitos de vida que, normalmente, se solicitam a uma pessoa com diabetes.

Espera-se que os profissionais de saúde, em especial os médicos participantes desta atividade, sejam capazes de:

- a) Compreender e discutir os fatores de risco para diabetes e doenças cardiovasculares.
- b) Escolher e utilizar os alimentos adequados para a personagem (paciente com diabetes). Este aprendizado é adquirido fazendo na prática as escolhas alimentares durante três refeições junto com a equipe e discutindo posteriormente suas escolhas.
- c) Entender a importância dos diversos tipos de exercício para as pessoas com diabetes, identificando a intensidade do exercício por frequência cardíaca ou escala de respiração, ou escala subjetiva de esforço físico.
- d) Utilizar adequadamente o glicosímetro para a realização da glicemia capilar.
- e) Aplicar insulina adequadamente (placebo de solução salina a 0,9%) com seringas.

As aulas teóricas foram intercaladas com as práticas para permitir:

- a) Prescrever ou orientar o uso de drogas usadas para o controle da glicemia, pressão arterial e lipídios.
- b) Conhecer as complicações crônicas do diabetes e como fazer o seu rastreamento e tratamento.
- c) Evitar e tratar hipoglicemia.

Espera-se que os agentes comunitários sejam capazes de:

- a) Conhecer o conceito de diabetes e da importância do autocuidado.
- b) A importância dos parâmetros APC: A é A1c (A1c-hemoglobina glicada), P (pressão arterial) e C (colesterol).

- c) Modo correto de utilizar os medicamentos e a importância de seu uso adequado.

Parte importante do treinamento consta de discussões de casos clínicos pertinentes e abordagem mais aprofundada de questões significativas do cuidado do paciente (aprendizado baseado no problema). O treinamento em diabetes aconteceu em março de 2013, com a separação da equipe da UBS em dois grupos com a duração de 8 horas para os agentes comunitários de saúde, e de 20 horas para médicos e enfermeiros, com conteúdo de acordo com o esperado para a categoria profissional (Programa do Treinamento, Anexo A).

3.2.2 Treinamento em entrevista motivacional para os profissionais de saúde da família

O treinamento em entrevista motivacional também foi destinado a toda a equipe; no entanto, o tempo destinado aos médicos, às enfermeiras e aos auxiliares de enfermagem foi de uma carga horária de 8 horas, mas os agentes comunitários tiveram uma carga horária de 16 horas no treinamento inicial que ocorreu em agosto de 2013. Como se observou que os agentes comunitários apresentavam dificuldades com a nova metodologia, foram realizadas mais 16 horas de treinamento em janeiro 2014, seguidas de outros encontros com o mesmo objetivo, de 4 horas cada, em fevereiro, março, maio e junho de 2014, totalizando 48 horas de treinamento para os agentes comunitários até junho 2014. Além disso, lhes foram destinadas mais 4 horas de apoio mensais aos agentes comunitários no programa até o final do projeto.

Este treinamento teve como programa os seguintes conteúdos:

- a) Princípios de apoio ao empoderamento e autonomia: com isto, se pretendeu que os participantes concluíssem que (a1) diabetes é uma doença gerenciada pelo paciente, (a2) quando o paciente

escolher o comportamento que deseja mudar, ele estará mais motivado para fazer e manter essa mudança, (a3). O cuidado do diabetes é uma abordagem de colaboração entre o paciente e o provedor de saúde em que a função do provedor é de orientar a partir de seu conhecimento técnico e a do paciente é de informar a sua decisão.^{40,56}

- b) Desenvolvimento de competências: os participantes aprenderam várias habilidades de facilitação de comunicação, bem como, estratégias de mudança de comportamento. Essas ferramentas e estratégias incluem:

Capacidade de comunicação em entrevista motivacional.

- b1) Escuta ativa, técnica de fazer perguntas abertas, reflexões (de conteúdo, de sentimento, e de ação), além de trabalhar com a resistência.
- b2) Hierarquização de valores.
- b3) Provocar mudança na fala.
- b4) Definir metas. Um processo de explorar o problema ou questão, esclarecer sentimentos e significados, desenvolver um plano de ação, eventualmente mudar a ação, experimentar e avaliar o que aconteceu.
- c) Fazer um plano de ação. Isto implica em treinamento para selecionar qual comportamento é particularmente significativo, avaliar sua importância, além de determinar os detalhes específicos para a realização deste comportamento (onde, quanto, quando, quantas vezes), avaliando a confiança de se atingir essa meta comportamental, e identificação de uma recompensa se o objetivo comportamental for realizado.
- d) Saber quando encaminhar a outro profissional de saúde. Esta é uma das ferramentas mais importantes. Saber quando levar o auxiliar de enfermagem, ou enfermeira, ou até o médico ao domicílio do paciente para orientações mais específicas. O papel do médico e da enfermeira é dar suporte às dúvidas dos agentes

comunitários tanto sobre diabetes como a respeito da utilização da entrevista motivacional.

As estratégias de aprendizado incluíram:

- a) *Role-playing* (troca de papéis): é uma técnica que estimula os participantes a praticar suas habilidades (por exemplo, escuta ativa, ferramentas baseadas na facilitação, capacidade de comunicação baseada em entrevista motivacional a partir da perspectiva de um “agente comunitário” e de um “paciente”).
- b) Grupo de simulação: é uma atividade em que os participantes exercitam as habilidades para uma consulta ou atividade educativa em grupo para entender a experiência a partir dessa perspectiva. "Os pacientes do grupo" fazem observações ao "agente comunitário" que tenta desenvolver escuta ativa, busca estimular a discussão e a autorreflexão além de incentivar o paciente a discutir as emoções e envolvê-lo na definição de metas.
- c) Grupo de discussão: é uma atividade interativa que busca incentivar os agentes comunitários a gerar ideias ou descrever pessoalmente suas experiências relevantes relacionadas ao diabetes.
- d) Palestras: foram breves (≤ 5 minutos) e úteis para introduzir um novo conceito (por exemplo, entrevista motivacional) antes de praticar as habilidades relacionadas ao conceito de *role-playing* (troca de papéis) e grupos de simulação.

3.3 Avaliação do treinamento para os profissionais de saúde

A avaliação do conhecimento em diabetes foi feita por teste de múltipla escolha aplicado antes e imediatamente após o treinamento de modo a observar o ganho de informações sobre a doença e seus cuidados.

Para avaliar o modo como o agente comunitário realiza a entrevista motivacional, foi realizada por duas alunas da Universidade de Michigan uma análise observacional utilizando uma lista com 48 perguntas referentes aos vários aspectos da entrevista motivacional. As perguntas englobam os aspectos como: iniciar de maneira colaborativa a conversa sobre o andamento do autocuidado do diabetes, fazer uma revisão encorajadora de como o paciente se saiu com relação ao último plano de ação proposto, usar uma escala para ajudar o paciente a descrever seu desempenho com relação ao último plano de ação proposto, ouvir atentamente a descrição do paciente sobre sua experiência, sem interromper, elogiar o esforço, o empenho e as tentativas, perguntar, primeiramente, aos pacientes as preocupações que eles têm e/ou os desafios que estão enfrentando com seu diabetes, explicitar verbalmente que irão compartilhar quaisquer questionamentos ou reclamações médicas com a equipe médica, responder adequadamente às demonstrações e verbalizações de emoção do paciente, driblar a resistência em vez de confrontar o paciente, obter permissão antes de dar qualquer conselho e/ou passar informação, apoiar a autonomia do paciente (vontade própria), expressar empatia ou calor humano, entre outras. A relação completa das perguntas, bem como cópia do formulário preenchido pelas alunas encontra-se no anexo (Anexo B).

3.4 Intervenção

O processo de intervenção seguiu as seguintes etapas:

3.4.1 Seleção dos pacientes

Foram critérios de inclusão: pacientes diabéticos tipo 2 com idade entre 35 e 70 anos em seguimento na UBS Vila Piauí.

Os critérios de exclusão foram:

- a) Pacientes incapazes de compreender os objetivos do estudo ou de seguir as orientações por problemas psiquiátricos ou neurológicos ou pacientes com quadro clínico muito grave com pequena expectativa de vida;
- b) Pacientes com doenças graves, tais como câncer avançado, com exceção de tumores de pele não melanoma.

O número de pessoas com diabetes cadastradas, na UBS Vila Piauí, entre 15 a 80 anos, era de 713 pessoas em março de 2015.

Foram convidados a participar do estudo, após levantamento do prontuário, todos os que acompanhavam na UBS e tinham entre 35 e 75 anos, e hemoglobina glicada entre 8 e 10%. Nestas condições, 103 pacientes foram convidados a participar, sendo que apenas 38 compareceram. Optamos, então, por ampliar o convite para os pacientes com hemoglobina glicada entre 7 a 11%.

Convidamos, aproximadamente, 150 pacientes, dos quais 83 aceitaram participar do projeto, colheram amostra de sangue e alguns realizaram o questionário de autocuidado em diabetes. No entanto, apenas 57 se encontravam com hemoglobina glicada acima de 7%, sendo recrutados para o projeto. Os demais foram mantidos no acompanhamento tradicional da Unidade de Saúde.

3.4.2 Entrevista inicial

Após a seleção, os pacientes tiveram uma consulta médica de rotina na qual os principais dados clínicos foram avaliados e receberam as explicações pertinentes ao projeto, as quais foram fornecidas pela médica responsável pela pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo C) e foram encaminhados à enfermeira para a primeira coleta de sangue.

3.4.3 Coleta dos exames laboratoriais

A coleta foi realizada na UBS Vila Piauí e as amostras enviadas ao Laboratório Central do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

3.4.4 Aplicação dos instrumentos de avaliação

Aplicação dos instrumentos de avaliação das variáveis comportamentais como:

- a) atitudes do autocuidado;
- b) mudanças no estilo de vida;
- c) adaptação psicossocial;
- d) depressão.

Para realização dessas entrevistas, foram utilizados dois psicólogos treinados previamente. Cada entrevista teve duração média de 30 minutos.

3.4.5 Seguimento

- a) Nova consulta médica foi agendada logo após a coleta para uma primeira devolutiva do risco do paciente em diabetes e quais medidas deveriam ser adotadas. Os pacientes participantes do programa foram seguidos pelos médicos e enfermeiras de sua equipe original.
- b) Os agentes comunitários fizeram suas visitas domiciliares mensais, (o que faz parte do seu trabalho) com a nova visão (de abordagem motivacional) agindo de acordo com os conhecimentos adquiridos durante os treinamentos, ajudando os pacientes a fazerem pequenos planos de ação (formulário Anexo D), com metas próprias.

- c) Foram feitas reuniões mensais, nos primeiros 3 meses do projeto, com a pesquisadora com o objetivo de discutir caso a caso os pacientes diabéticos incluídos no projeto, para aferir eventuais problemas enfrentados pelos agentes comunitários e diagnosticar precocemente problemas passíveis de intervenção.
- d) Após 3 meses, novas amostras clínicas foram colhidas na própria Unidade de Saúde para seguimento clínico.
- e) Após 6 meses, novas amostras clínicas foram colhidas seguidas imediatamente da consulta médica. A devolutiva ao paciente quanto ao seu risco em diabetes e o que poderia ser modificado foi realizada durante todo o processo.
- f) Após 6 meses, também foram reaplicados os instrumentos de avaliação comportamental.

3.5 Avaliação dos resultados

3.5.1 Avaliação dos profissionais envolvidos e do processo em geral

A satisfação com o programa por parte dos agentes de saúde foi medida por meio de uma entrevista qualitativa com das perguntas a seguir: “Por que você resolveu ser agente comunitário de saúde?”, “Você já tinha tido alguma experiência anterior na área da saúde?”, “Como você se sente com relação ao seu trabalho?”, “O que motiva você a continuar?”, “Qual é o seu papel na equipe de saúde da UBS Vila Piauí?”, “Qual é o diferencial do seu trabalho com relação aos outros profissionais de saúde?”, “Qual é o seu maior desafio ao ajudar pacientes diabéticos sob sua responsabilidade?”, “Quais são os principais obstáculos para que os pacientes obtenham a ajuda de que precisam?”, “Você acha que a intervenção melhorou a qualidade dos cuidados que você oferece?”, “De que maneira? (histórias, exemplos)”, “Qual foi a sua motivação para se envolver neste projeto?”, “De que maneira seu envolvimento com esse treinamento mudou sua função ou suas

responsabilidades no trabalho?”, “De que maneira o treinamento que você recebeu para este projeto mudou a maneira como você interage com os pacientes?”, “Você acha que o treinamento foi útil para quê?”, “De que maneira a sua interação com os médicos mudou?”, “Que tipo de treinamento você recebeu antes deste programa, e quantas vezes teve cursos de atualização?”, “Que mudanças gostaria de ver na maneira como a saúde é organizada para que seus pacientes recebam um cuidado médico de maior qualidade?”, “Você acha que vai continuar usando os planos de ação no seu trabalho?”, “Com outros pacientes diabéticos ou hipertensos ou outros?”.

Após análise do conteúdo das respostas, foi elaborada uma escala de satisfação sim e não para preencher as perguntas abaixo como sim ou não: “A intervenção melhorou os cuidados que eu ofereço aos meus pacientes?”, “Eu me senti motivada para fazer a intervenção?”, “O treinamento em entrevista motivacional mudou como eu interajo com os pacientes?”, “A intervenção me ajudou a levar pontos dos pacientes para discussão com a equipe de saúde?”, “Eu vou continuar a usar planos de ação com meus pacientes?”.

A viabilidade do programa foi definida pela capacidade dos agentes comunitários aplicarem, de modo apropriado, o método de entrevista motivacional com o uso dos planos de ação aos pacientes diabéticos do programa.

3.5.2 Dados clínicos e laboratoriais

Foram avaliados:

- a) Peso (medido em balança digital da marca Toledo®);
- b) Altura utilizando régua da mesma balança;
- c) Índice de massa corporal (determinado pelo cálculo do peso dividido pela altura ao quadrado);

- d) Circunferência abdominal (medida com fita antropométrica não flexível);
- e) Pressão Arterial (PA): aferida, pela pesquisadora, segundo as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia para a medição correta da pressão arterial, usando um monitor de Omron ® automático com braçadeira de tamanho apropriado.

Os dados laboratoriais avaliados foram:

- a) Hemoglobina glicada (A1c) (determinada por imunoturbidimetria utilizando o aparelho Cobas C 111 Roche®);
- b) Glicemia em jejum (determinada por método enzimático hexoquinase/ g-6-pdh) utilizando o aparelho Architect c 8000 Abbott®);
- c) Colesterol total, LDL, HDL colesterol, e Triglicérides: Perfil lipídico no sangue foi medido utilizando o Architect c 8000 da Abbott® método enzimático.

3.5.2 Instrumentos de avaliação do impacto da doença na qualidade de vida e do comportamento do paciente com o autocuidado

O questionário para avaliação das variáveis sociais e das relações do paciente com sua doença é composto do seguinte (Anexo E):

- a) A escala *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* – SDSCA foi desenvolvida por Toobert, em 1994. Avalia a aderência ao autocuidado dos diabéticos.⁵⁸⁻⁶⁰ O questionário compreende 15 itens, ou questões, sendo cada questão relativa a um tipo de autocuidado. A escala solicita que o portador informe em quantos dias (de sete, na última semana) praticou atividade de autocuidado. Os itens agrupam-se em cinco domínios: alimentação, atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e cuidado com

os pés. A escala foi traduzida para a Língua Portuguesa e adaptada para o Brasil por Michels e cols. que também a validaram entre nós.⁶¹

- b) PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care Questionnaire*), questionário de avaliação do paciente com doenças crônicas) foi elaborado em 2005 por Glasgow e colaboradores com o objetivo de ajudar no cuidado dos pacientes crônicos e, no mesmo ano, foi aplicado em pacientes diabéticos. Com esse instrumento, podem-se observar as falhas da equipe de saúde e tentar supri-las, tendo em vista o modelo de cuidado com o paciente crônico baseado nos cinco aspectos da atenção centrada no paciente. Essa metodologia pode ser usada pelo médico para o manejo de doenças crônicas, e é fundamentada em pedir, aconselhar, concordar, apoiar e organizar uma mudança de comportamento.⁶²
- c) Uma triagem breve para depressão, realizada por meio do questionário Prime-MD (*Primary Care Evaluations of Mental Disorders*) , que é um sistema que proporciona o reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais mais comuns em adultos em serviços de atenção primária. Os dados são obtidos por questões padronizadas que focam diretamente sintomas-chave e diagnósticos, e pelo uso de um modelo de árvore de decisões que facilita o diagnóstico diferencial. Este instrumento foi traduzido para o Português, validado e adaptado à realidade brasileira pelo Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Por já ser um instrumento validado e pelas questões serem avaliadas de forma independente, foram usadas 2 questões de triagem nesse questionário.⁶³
- d) A compreensão da receita médica foi avaliada por 2 questões.
- e) Como avaliação da adesão, foi utilizado o questionário de Morisky-Green, desenvolvido em 1986, para avaliar a adesão ao uso de medicamentos e é constituído por 4 questões.⁶⁴ O questionário pontua 0 para o sim, o que torna a nota quanto baixa mais

relacionada à maior aderência dos pacientes. Foram considerados pelos autores altamente aderentes os pacientes que responderam sim a todas as respostas, médio aderentes os pacientes que responderam não a uma ou duas respostas e pouco aderentes os pacientes que responderam não a 3 ou 4 respostas.

- f) O IMDSES (*Insulin Management Diabetes Self Efficacy Scale*) origina-se de um questionário de autoeficácia de Crabtree e cols., de 1986, com adaptação realizada por Harvey e Hurley, em 2001, para pacientes diabéticos insulínos dependentes, validado em 2005 para a Língua Portuguesa. O instrumento todo contém 28 questões, mas, como a avaliação de cada uma delas é realizada individualmente, foram utilizadas 6 dessas questões.⁶⁵
- g) Avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida pela escala B-PAID (*Problem Areas in Diabetes*). A escala PAID foi desenvolvida no Centro de Diabetes Joslin, situado em Boston, EUA.⁶⁶ Avalia o impacto do diabetes e do tratamento na vida dos portadores. O questionário compreende 20 questões ou itens, para cada questão, há 5 possibilidades de resposta, que vão da afirmação “não é problema” até problema sério”, numa escala Likert. Os itens agrupam-se em quatro domínios: estresse emocional, dificuldades no tratamento, problemas relacionados à dieta e perda do suporte social. O escore total varia de 0 a 100. A escala foi traduzida para a Língua Portuguesa e adaptada para o Brasil por GROSS CC que também a validou entre nós.⁶⁶

3.6 Análise estatística

A análise estatística utilizou o programa estatístico STATA 13 (*Data Analysis and Statistical Software*) adotando a significância de 5%. Foram seguidas as diretrizes internacionais para análise e relatórios dos ensaios clínicos CONSORT⁵⁷, e utilizados testes bicaudais para todos os testes de

igualdade. Foi utilizada a estatística descritiva (média e porcentagem) para resumir características dos doentes. As diferenças entre os valores médios entre o início e após 6 meses da intervenção foram analisadas pelo teste t pareado. Cinco dos 57 sujeitos do estudo do grupo de intervenção foram perdidos para seguimento.

3.7 Aprovação do Comitê de Ética Médica

O trabalho antes de ser realizado, foi submetido à aprovação do Comitê de Ética Médica da Coordenadoria de Saúde Centro Oeste da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo F) e do Comitê de Ética da FMUSP (Anexo G).

4 RESULTADOS

O conhecimento que os profissionais de saúde tinham a respeito de diabetes mellitus foi avaliado, antes e após o treinamento específico, por uma prova teste de múltipla escolha, tendo como resultado: profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, farmacêutico, nutricionista): 4,6 pontos no início e 6,7 após; para os agentes comunitários esta pontuação, foi 6 e 7, respectivamente.

Dezenove dos 24 agentes comunitários aceitaram participar da intervenção: eram mulheres com 47 anos de idade média (entre 25 e 60 anos), com escolaridade média de ensino médio completo; elas moram na região há 34 anos em média. Trabalham como ACS há 7 anos em média (entre 1 e 13 anos). Dessas, 89% têm familiares que moram na região (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas dos agentes comunitários participantes da intervenção (n=19)

Variável	
Idade (anos)	
Média (Intervalo)	47 (25-60)
Sexo feminino (%)	
	100
Escolaridade - n (%)	
ensino fundamental	5 (26)
ensino médio incompleto	2 (11)
ensino médio	9 (47)
Universitário incompleto	2 (11)
Universitário	1 (5)
Tempo na comunidade (anos)	
Média (Intervalo)	34 (7-60)
Têm familiares na comunidade (%)	
	89
Tempo de trabalho com ACS (anos)	
Média (Intervalo)	7 (1-13)

A avaliação de aspectos particulares da entrevista motivacional foi observada por 48 questões com notas entre 1 a 7. A média para todos os quesitos foi de 4,4 (se média classificada de 0-100 média foi 62,5). As melhores notas em uma escala de 1-7 foram encontradas nos parâmetros iniciar conversa de maneira colaborativa (5,2), realizar uma revisão do plano de ação anterior de maneira encorajadora (5,2), não interromper fala do paciente (5,3), responder de maneira empática as emoções dos pacientes (5,3), orientar a procurar a Unidade de Saúde quando for necessário (5,7), evitar julgamentos (5,1), realizar com o paciente as escalas de importância (5,7) e confiança (5,2), apoiar a autonomia (5,4), realizar acordos sobre a meta elaborada (5,1), dar cópia do plano de ação (5,1), resumir para finalizar (4,5), organizar o acompanhamento (5,2), expressar empatia (5,4), linguagem corporal adequada (5,9) e espírito de entrevista motivacional (5,0). As piores notas foram encontradas quando observada realização de perguntas abertas (1,9), reflexões como perguntas (2,8), reflexões complexas (2,2) e o uso da escala de desempenho para a avaliação do plano anterior (2,5).

Dentre as 16 ACS que participaram, o seu desempenho pode ser avaliado como bom ou ótimo em 14; outras 2 tiveram avaliação ruim, com pontuação inferior a 3.

A amostra inicial do estudo é de 57 pacientes, (33 mulheres) com idade média de $61,9 \pm 10,1$ anos (média $\pm$ desvio padrão – DP), escolaridade média de $3,2 \pm 1,6$ anos de estudo; o tempo de diabetes foi de $13,9 \pm 7,7$ anos (Tabela 2). Concluíram o estudo 52 pacientes (30 mulheres) com idade média de 63,7 (DP 10,2) anos, escolaridade média de $3,17 \pm 1,6$ anos de estudo e tempo de diabetes de $16,3 \pm 7,5$ anos.

Apesar do grau de escolaridade formal relatado, observamos que apenas 51% dos pacientes precisam de ajuda para ler a receita algumas vezes ou sempre. Precisam de ajuda para anotar a glicemia capilar algumas vezes ou sempre 32%. Referiram não saber ler 5,26% (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição de variáveis sociais dos 57 pacientes ao início do estudo

Variável	
Idade – anos Média (DP)	61,9 (10,1)
Sexo Feminino - n (%)	33 (57,9)
Tempo de Diabetes – (anos) Média (DP)	13,9 (7,7)
Escolaridade - (anos) Média (DP)	3,2 (1,6)
Têm convênio médico - (N -%)	15 (28,8)
Mora com companheiro/a - (N -%)	39 (75,0)
Precisa ajuda para ler receitas algumas vezes ou sempre - N (%)	28 (51)
Precisam de ajuda para anotar a glicemia algumas vezes ou sempre - N (%)	17(32)

DP= Desvio padrão

A autoavaliação do seu estado de saúde é representada no Gráfico 1. Observamos que não houve diferença significativa nos dados globais com a intervenção, porém o número de pacientes que classificou sua saúde como excelente e ótima aumentou de 0 para 4 após o processo. O número de avaliações ruim/péssima foi de 16 para 11.

Gráfico 1 - Como os pacientes classificam sua saúde no início e após 6 meses de intervenção

Quanto à avaliação de depressão pelo instrumento Prime MD, observamos que não houve diferença entre a pontuação entre os dados iniciais e após a intervenção (Tabela 3), Onze pacientes (21%) tinham diagnóstico de depressão no início da observação, sendo sete (13%) ao final do estudo.

Tabela 3 - Teste t-Student sobre o questionário PRIME MD antes da intervenção e após 6 meses

Variável	Início	Após 6 meses	
	Média (DV)*	Média (DV) *	Valor-p
PRIME	1,4 (1,32)	1,1(1,32)	0,28

*Pontuação 0-6, sendo que maior igual a 3 ter alta sensibilidade e especificidade diagnóstico de depressão. Quanto maior, mais chance de depressão.

Tabela 4 - Variáveis clínicas observadas entre os pacientes que concluíram o estudo

Variável	Início N=52 Média (DP) ¹	Após 6 meses N=52 Média (DP)	valor-p ²
Peso (kg)	77,7 (17,4)	78,0 (17,3)	0,41
IMC (kg/m ²)	30,4 (5,9)	30,5 (5,7)	0,433
Circunferência abdominal (cm)	103,6 (13,1)	104,0 (12,8)	0,46
PAS (mmHg)	143,0 (26,9)	146,9 (24,5)	0,30
PAD (mmHg)	77,9 (15,2)	77,5 (11,7)	0,85

IMC= Índice de massa corpórea

PAS= pressão arterial sistólica

PAD Pressão arterial diastólica

1. Média e desvio padrão

2. Valor -p pelo teste t-Student pareado

As variáveis clínicas; peso, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica são mostradas na Tabela 3, sem diferença estatística para nenhum desses parâmetros entre os dados observados ao início ou término da intervenção (Tabela 4).

As variáveis laboratoriais: hemoglobina glicada (A1c), colesterol total, HDL e LDL colesterol e triglicérides são mostradas na Tabela 5, sendo observada redução significativa das medidas de colesterol total, LDL colesterol e triglicérides.

Tabela 5 - Variáveis laboratoriais no início e após 6 meses de intervenção

Variável	Início N=52 Média (DP)¹	Após 6 meses N=52 Média (DP)¹	valor-p²
A1C	8,8 (1,4)	8,4 (1,39)	0,08
Colesterol total (mg/dL)	184,8 (46,4)	163,4 (43,5)	0,0006
LDL colesterol (mg/dL)	109,6 (39,1)	91,8 (37,8)	0,005
HDL colesterol (mg/dL)	43,9 (12,3)	45,2 (12,5)	0,12
Triglicerídeos (mg/dL)	186,3 (104,9)	147,6 (79,4)	0,002

A1c: hemoglobina glicada

¹ Média e desvio padrão

Valor de p pelo teste t Student pareado

Durante a intervenção, 6 pacientes substituíram o uso de glibenclamida por gliclazida, que foi introduzida para outros 6 pacientes. A dose de insulina NPH também foi significativamente maior com a intervenção, conforme mostrado na Tabela 6. Houve falta de gliclazida na farmácia nos últimos 2 meses da intervenção e 19 pacientes referiram ter ficado sem a medicação. A análise dos valores de hemoglobina glicada desse grupo antes e após a intervenção mostrou não haver diferença significativa: sua A1c inicial era 8,8 (DP 1,4) e a final era 8,4 (DP 1,7) com p de 0,17. Do mesmo modo, o aumento de dose de insulina NPH não resultou em modificação da concentração de A1c que foi, entre os pacientes nos quais isso aconteceu, de 9,02 (DP 1,34) e de 8,7 (DP 1,08) antes e após a intervenção, respectivamente (p de 0,28). Os pacientes nos quais foi introduzida a insulina regular não melhoraram de maneira estatística significativa, média da A1c antes era 9,9 (2,7) e após 9,3 (1,7) com p 0,69.

Tabela 6 - Descrição de uso de medicamentos antes e após a intervenção

Variável Uso de:	Início		Após 6 meses		valor-p ²
	n(%)	Dose média ¹ (DP)	n (%)	Dose média ¹ (DP)	
Metformina (mg/dia)	43 (80,7%)	1919,8 (893,9)	46 (88%)	2057,3 (721,6)	0,27
Glibenclamida (mg/dia)	9 (15,8%)	11,5 (5,29)	3 (6%)	4,0 (6,58)	0,04
Gliclazida (mg/dia)	20 (38,6%)	49,41 (44,85)	32 (61,5%)	77,65 (27,75)	0,16
Sinvastatina (mg/dia)	34 (64,9%)	16,75 (8,29)	35 (67%)	18,0 (8,53)	0,48
Insulina NPH (UI/kg/dia)	36 (69%)	0,59 (0,42)	36 (69%)	0,68 (0,51)	0,005
Insulina R (UI/kg/dia)	6 (10,4%)	0,45 (0,25)	10 (19%)	0,39(0,44)	0,41

1. Média e desvio padrão

2. Valor de p pelo teste t de Student comparando dados iniciais e finais dos pacientes.

A comparação das variáveis clínicas e laboratoriais entre pacientes que tiveram a oportunidade de realizar mais de 3 planos de ação com aqueles que fizeram 3 ou menos mostrou que: a intervenção mais intensa (mais de 3 planos) foi associada à queda significativa das medidas de hemoglobina glicada, colesterol total, LDL colesterol e triglicerídeos. Não houve diferença em relação ao IMC, HDL colesterol e pressão arterial diastólica. Observou-se aumento na pressão sistólica nos pacientes com mais planos de ação (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre variáveis laboratoriais no início e após a intervenção pelo número de planos de ação realizados com a agente comunitária

	Pacientes com mais de 3 planos de ação N=34			Pacientes com 3 ou menos planos de ação N=18		
	Início	Após 6 meses		Início	Após 6 meses	
Variável	Média (DP) ¹	Média (DP) ¹	Valor-p ²	Média (DP) ¹	Média (DP) ¹	Valor-p ³
A1C	8,81 (1,42)	8,45 (1,39)	0,08	8,41 (1,19)	8,51 (1,74)	0,682
Colesterol total (mg/dL)	186,28 (44,90)	163,37 (43,46)	0,0006	166,29 (43,68)	157,83 (43,75)	0,012
LDL (mg/dL)	104,26 (36,22)	90,48 (42,80)	0,051	113,24 (46,37)	93,71 (29,98)	0,051
HDL (mg/dL)	109,59 (39,13)	91,79 (37,85)	0,005	90,5 (37,8)	94,22 (38,84)	0,049
Triglicerídeos (mg/dL)	43,7 (11,93)	45,17 (12,48)	0,12	45,47 (14,26)	44,61 (8,51)	0,501
PAS (mmHg)	185,68 (103, 21)	147,61 (79,43)	0,002	160 (90,7)	124,89 (47,2)	0,164
PAD (mmHg)	140,98 (27,11)	146,92 (24,54)	0,302	149,41 (25,73)	142,22 (24,15)	0,502
IMC (kg/cm ²)	77,56 (15,14)	77,5 (11,69)	0,852	79,71 (12,67)	73,33 (8,40)	0,392

1. Média e desvio padrão

2. Valor de p pelo teste t de Student comparando dados iniciais e finais dos pacientes com mais de 3 planos de ação.

3. Valor de p pelo teste t de Student comparando dados iniciais e finais dos pacientes com 3 ou menos planos de ação.

As mesmas variáveis clínicas e laboratoriais foram correlacionadas com o desempenho das agentes comunitárias na aplicação da técnica de entrevista motivacional, não havendo diferença estatística entre elas. (Tabela 8). A hipótese de que diferenças importantes na técnica de aplicação da entrevista motivacional pudessem resultar em mudanças nos parâmetros clínicos dos pacientes foi avaliada comparando-se a diferença de hemoglobina glicada dos pacientes das ACS com a maior e menor nota. Observamos que pacientes que fizeram planos com a ACS de maior nota tiveram uma redução de A1c de 1% (DP 1,5, intervalo de -3,5 a + 0,5); no caso de ACS com menor nota, esses valores foram: redução de A1c 0,07% (DP 1,2 e variação de -2,5 a +0,7), sem diferença estatística.

Tabela 8 - Comparação entre variáveis laboratoriais e clínicas no início e após a intervenção por nota de desempenho da agente comunitária em critérios de avaliação da entrevista motivacional

Pacientes com nota de ACS>60 N=31			Pacientes com nota de ACS≤60 N=21		
	Início	Após 6 meses		Início	Após 6 meses
Variável	Média (DP) ¹	Média (DP) ¹	Variável	Média (DP) ¹	Média (DP) ¹
A1C	8,73 (1,48)	8,45 (1,52)	0,265	8,86 (1,29)	8,44 (1,22)
Colesterol total (mg/dL)	183,03 (39,86)	162,29 (47,59)	0,007	187,43 (55,71)	164,95 (37,62)
LDL (mg/dL)	104,26 (36,22)	90,48 (42,80)	0,051	113,24 (46,37)	93,71 (29,98)
HDL (mg/dL)	45,84 (13,48)	47,87 (13,01)	0,056	41,10 (10,0)	41,19 (10,75)
Triglicerídeos (mg/dL)	185,32 (107,61)	144,55 (82,1)	0,018	187,9 (103,23)	152,35 (76,93)
PAS (mmHg)	136,32 (22,43)	140,64 (23,51)	0,359	152,86 (30,35)	156,19 (23,55)
PAD (mmHg)	74,68 (13,1)	76,13 (11,15)	0,571	83,67 (17,18)	79,52 (12,44)
IMC (kg/cm ²)	29,50 (5,96)	29,63 (5,75)	0,486	31,84 (5,61)	31,91 (5,51)

1. Média e desvio padrão

2. Valor de p pelo teste t de Student comparando dados iniciais e finais dos pacientes com nota de ACS maior do que 60

3- Valor de p pelo teste t de Student comparando dados iniciais e finais dos pacientes com nota de ACS menor ou igual a 60

Dentre as questões consideradas pelos pacientes como necessárias para o seu melhor controle, estão, principalmente, a de melhorar a ingestão de frutas e verduras, (40 planos de ação) seguida de reduzir o sedentarismo (32 planos). Outros planos incluíam reconhecer a importância do uso de medicamentos, perder peso ou reduzir a ingestão de açúcares (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Avaliação dos planos de ação com relação aos pontos de melhora do diabetes que os pacientes decidiram trabalhar a cada mês da intervenção.

A avaliação de adesão aos medicamentos, pelo questionário Morisky-Green, revelou que 73% e 40% dos pacientes eram não aderentes ou com baixa adesão aos medicamentos antes e depois da intervenção, respectivamente (Tabela 9). Observou-se média $3 \pm 1,06$ antes da intervenção e $2,4 \pm 1,01$ após a intervenção com $p 0,0022$. (Tabela 10)

Tabela 9 - Avaliação da adesão aos medicamentos de acordo com o questionário de Morisky-Green antes da intervenção e após 6 meses

Morisky-Green	Início	Após 6 meses
Quantidade de respostas "Sim"	N (%)	N (%)
0 (alta aderência medicamentosa)	1 (2)	2 (4)
1 (média aderência)	5 (10)	5 (10)
2 (média aderência)	8 (15)	24 (46)
3 (baixa aderência)	18 (35)	12 (23)
4 (baixa aderência)	20 (38)	9 (17)

Sim significa não aderente, quanto maior o número, pior a aderência.

Tabela 10 - Teste t-Student de adesão aos medicamentos antes da intervenção e após 6 meses

Variável	Início	Após 6 meses	
	Média (DV)	Média (DV)	Valor-p
Morisky-Green	2,98 (1,06)	2,40 (1,01)	0,0022

Nota de 0-4 quanto maior a nota pior a adesão medicamentosa.

Na Tabela 11, é mostrado o questionário de autocuidado de Toobert no qual se verifica que houve aumento de porções de vegetais ingerida, diminuição de consumo de carne vermelha, aumento na atividade física, e também piora na adesão às tomadas de insulina. Os outros parâmetros não se modificaram.

Tabela 11 - A avaliação do autocuidado em diabetes pelo questionário de Toobert antes e após a intervenção

	Antes	Depois	
Itens do Questionário	Média (DP)	Média (DP)	Valor-p
Seguir uma dieta saudável	4,8 (2,7)	4,7 (2,2)	0,55
Seguir a orientação alimentar	3,6 (3,1)	4,3 (2,3)	0,34
Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	1,9 (3,1)	4,2 (1,4)	0,0004
Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	4,8(2,6)	3,6 (2,8)	0,002
Ingerir doces	1,4 (1,4)	1,6 (1,7)	0,4
Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	1,6 (2,7)	3,4 (2,6)	0,0001
Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc.)	1,7 (2,7)	1,9 (2,3)	0,18
Avaliar o açúcar no sangue	4,7 (3,0)	5,1 (2,9)	0,39
Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	5,0 (2,7)	2,6 (3,1)	0
Tomar medicamentos do diabetes conforme recomendado	6,6 (1,2)	6,8 (1,0)	0,36
Tomar injeções de insulina conforme recomendado	6,4 (1,7)	4,7 (3,2)	0,037
Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	6,9 (0,4)	6,4 (1,9)	0,19

As notas variam de 0 a 7 conforme o número de dias da semana em que realizou o comportamento.

No que se refere aos problemas relacionados à doença crônica e seu cuidado, foi observado que: houve maior possibilidade de pensar no seu tratamento, de falar com a equipe de saúde sobre efeitos colaterais dos medicamentos, de obter ajuda para pensar em metas de alimentação, e atividade física e para melhorar o controle do diabetes, assim como questionar os objetivos de controlar essa doença.

Os pacientes referiram também que, com a intervenção, as equipes de saúde perguntaram mais sobre os seus hábitos de vida relacionados ao diabetes e como a doença afeta suas vidas, e fizeram mais planos de ação. Tiveram mais convites para participar de grupos, foram mais incentivados a procurar programas na comunidade, foram mais encaminhados a especialistas, como oftalmologistas, assim como foi mais questionado o resultado dessas consultas (Tabela 12).

Tabela 12 - Avaliação dos problemas nas áreas de doenças crônicas (relacionado ao questionário PACIC)

	Início	Após 6 meses	
Nos últimos 6 meses, ao passar em atendimento com a equipe de saúde:	Média(DP)*	Média(DP)*	Valor-p
O senhor teve possibilidade de pensar no tratamento.	1,1 (1,3)	34,0 (1,5)	0
Foi-lhe pedido para falar sobre efeitos colaterais dos medicamentos.	1,9 (1,6)	3,5 (1,7)	0
Obteve ajuda para definir metas para melhorar o diabetes.	2,0 (1,5)	4,4(1,1)	0
Está satisfeito com o tratamento.	4,4 (1,0)	4,7 (0,1)	0,175
Foi mostrado que o dia a dia influi no diabetes.	3,9 (1,6)	4,2 (1,5)	0,348
Foram perguntados os objetivos com cuidado do diabetes.	1,7 (1,3)	3,3 (1,7)	0
Obteve ajuda para definir metas de alimentação ou atividade física.	1,8 (1,4)	4,1 (1,1)	0
Foi convidado a participar de grupo para lidar com diabetes.	2,5(1,3)	3,6 (1,4)	0
Foi perguntado sobre hábitos de saúde.	2,8 (1,89)	3,9 (1,2)	0,0003
Fez plano de ação para diabetes.	1,3 (0,8)	4,0 (1,3)	0

continua

Nos últimos 6 meses, ao passar em atendimento com a equipe de saúde:	conclusão		
	Início	Após 6 meses	
	Média(DP)*	Média(DP)*	Valor-p
Perguntou-se como o diabetes afeta sua vida.	1,8 (1,4)	3,0 (1,7)	0
Perguntou como o senhor está após consulta.	3,9 (1,7)	4,1 (1,2)	0,315
Foi incentivado a procurar programas na comunidade.	1,6 (1,2)	3,0 (1,7)	0
Foi encaminhado ao oftalmologista.	1,3(0,8)	2,8 (1,5)	0
Foi perguntado como foi na especialidade.	1,8 (1,4)	2,8 (1,8)	0,006

**Média (desvio padrão)

As pontuações variam de 1-5 significando 1 = nunca; 5 = sempre.

O relacionamento com o agente comunitário antes e após a intervenção, mostrado na Tabela 13, melhorou nos seguintes quesitos: o modo como o agente comunitário entende a maneira do paciente ver as coisas com relação ao diabetes, a confiança do agente comunitário a respeito da capacidade do paciente em tomar as decisões com relação ao diabetes; a maneira como o paciente gostaria de lidar com o diabetes foi compreendida melhor pelo ACS. Maior confiança no futuro foi observada por aumentar a discordância em relação a afirmativa de que o diabetes é uma doença letal e inexorável. E não houve mudança em relação ao encorajamento, por parte do agente, para possibilitar ao paciente fazer perguntas sobre o diabetes; também não mudaram a esperança de que o diabetes não atrapalhará o futuro, a confiança em lidar com o diabetes, em saber tomar a medicação por conta própria sem pedir ajuda, a confiança de ser capaz de fazer a dieta sozinho.

Tabela 13 - A respeito do relacionamento com o agente comunitário de saúde (ACS) antes e após a intervenção

	Início	Após 6 meses	
	Média (DP)*	Média (DP)*	Valor-p
Meu ACS entendeu como eu vejo as coisas a respeito do meu diabetes.	2,18 (1,11)	1,52 (0,87)	0,0018
Meu ACS expressou confiança na minha capacidade de tomar decisões a respeito do meu diabetes.	2,39 (1,19)	1,58 (0,87)	0,0007
Meu ACS entendeu como eu gostaria de lidar com meu diabetes.	2,36 (1,14)	1,63 (0,93)	0,0008
Meu ACS me encorajou a fazer perguntas sobre meu diabetes.	2,77 (1,48)	2,13 (1,50)	0,065
Estou esperançoso que o meu diabetes não irá atrapalhar meu futuro	1,86 (1,01)	2,19 (1,33)	0,0709
O meu diabetes vai me matar de qualquer jeito, seu controle está fora das suas mãos.	4,26 (0,94)	3,67 (1,18)	0,0002
Estou confiante do quanto posso lidar com meu diabetes.	1,72 (0,77)	1,54 (0,73)	0,2204
Sei tomar minha medicação para diabetes por conta própria sem me confundir ou ter que pedir ajuda.	1,42 (0,89)	1,48 (0,96)	0,909
Sei fazer minha dieta sozinho por conta própria.	1,72 (1,05)	1,47 (0,88)	0,429

**Média (desvio padrão)

As pontuações variam de 1-5 significando 1= concordo totalmente; 5= discordo totalmente.

Os ACS foram avaliados, pelos pacientes, de modo bastante bom, como mostrado na Tabela 14. Houve respostas positivas dadas por 50 a 75% deles; opinaram que esses profissionais ajudaram a encontrar opções para controlar o diabetes, a estabelecer metas, resolver problemas que surgiram em relação ao diabetes, a identificar o quanto os valores pessoais são importantes para o paciente, melhorando o cuidado com o diabetes.

A sua relação com os ACS melhorou para 58% dos pacientes, sendo que negaram terem sido julgados durante o processo por esse profissional de saúde, 89%.

A satisfação com as explicações do cuidado de saúde antes da intervenção era de 86% e, após, 92%. Essa diferença não foi estatisticamente significativa. Estavam satisfeitos no envolvimento com o

tratamento 82% dos pacientes e esse valor se manteve após seis meses de intervenção (Tabela 15).

Tabela 14 - Avaliação da experiência dos pacientes com relação aos agentes comunitários de saúde

Número de respostas afirmativas	Pré intervenção N (%)	Pós intervenção N (%)
Meu agente de saúde entendeu meu ponto de vista quanto ao diabetes.	39(75,0)	48 (92,3)
Meu agente de saúde entendeu como eu quero cuidar do meu diabetes.	36(69,2)	46 (88,5)
Meu agente de saúde me encorajou para cuidar do diabetes.	31(59,6)	39 (75,0%)
Eu sinto que meu agente de saúde me deu opções de como controlar meu diabetes.		32 (61,5%)
Meu agente de saúde ajudou a estabelecer metas específicas.		37 (71,1%)
Meu agente de saúde me ajudou a resolver problemas que surgiram do cuidado do diabetes.		26 (50%)
Algumas vezes me senti julgada negativamente pelos agentes de saúde.		5 (11,5%)
Meu agente de saúde me ajudou a identificar meus valores pessoais que são importantes para mim.		37 (71,1%)
Meu relacionamento com meu agente de saúde melhorou bastante nos últimos 6 meses.		30 (57,7%)
Meu cuidado com diabetes melhorou significativamente nos últimos 6 meses.		32 (61,5%)

Tabela 15 - Avaliação de satisfação com os cuidados de saúde antes e após a intervenção

	Início	Após 6 meses	
	Média (DP) *	Média(DP)*	Valor-p
Satisfação com explicações sobre tratamento de diabetes	5,1 (0,8)	5,6 (0,8)	0,0008
Satisfação quanto ao envolvimento nas decisões sobre o tratamento	4,9 (0,9)	5,3 (1,1)	0,051

Média de pontuações que variam de 1-6, em que 1 é muito insatisfeito, 6 muito satisfeito.

A autoeficácia avaliada pela escala IMDSES mostrada na Tabela 16 mostrou:

A confiança na capacidade de lidar com todos os itens relacionados ao diabetes já era muito grande ao início do estudo; ainda assim, houve

melhora na segurança do tratamento diário, em especial, em manter a dieta. Não houve mudança nos outros pontos como confiança em lidar com diabetes, manter uma rotina de tratamento. Os pacientes acreditam que o tratamento não afeta a rotina diária, e se referem como capazes em manter o tratamento mesmo com mudanças na rotina. (Tabela 16)

Do mesmo modo, grande otimismo em relação à doença e a seu cuidado é visto na Tabela 17 na qual eles discordam, igualmente antes e após o estudo das afirmações de que é um problema se sentir sobrecarregado com as exigências da doença e sentir falha na sua rotina de tratamento.

Tabela 16 - A autoeficácia utilizando a escala IMDSES no início e após 6 meses de intervenção.

	Início	Após 6 meses	
	Média (DP)*	Média (DP)*	Valor-p
Confiante em lidar com o diabetes.	1,95 (0,87)	1,71 (0,75)	0,222
Segurança sobre tratamento diário.	1,86 (0,77)	1,46 (0,61)	0,0036
Consegue seguir rotina do tratamento.	1,82 (0,60)	1,71 (0,67)	0,308
Consegue manter dieta diária.	2,14 (0,77)	1,82 (0,71)	0,0066
Acredita que o tratamento não afeta rotina diária.	1,95 (0,97)	2,19 (1,14)	0,129
Sente-se capaz de seguir tratamento em caso de mudança de rotina.	1,81 (0,72)	1,88 (1,00)	0,459

**Média (desvio padrão)

As pontuações variam de 1-4, sendo 1= concordo totalmente e 4 = discordo totalmente.

Tabela 17 - Avaliação dos problemas nas áreas de diabetes antes e após a intervenção

	Início	Após 6 meses	
	Média(DP)*	Média(DP)*	Valor-p
É um problema sentir-se sobrecarregado com as exigências.	1,61 (1,79)	1,90 (1,50)	0,179
É um problema sentir que sua rotina no tratamento é falha.	1,37 (1,60)	1,51 (1,35)	0,313

*Média (desvio padrão)

As pontuações variam de 0-4. sendo 0= não é um problema e 4= é um problema sério.

Os motivos que levam os pacientes a tentarem controlar seu diabetes são bastante diversos: podem ser intrínsecos positivos, como, por exemplo, tentar melhorar seu estado clínico ou perceber como um desafio ficar controlado, ou, simplesmente, achar importante ter o controle como meta, e ser saudável. Podem ser também intrínsecos negativos como perceber como fracasso ou culpa a falta de controle. Uma parte dos pacientes se controla por motivos extrínsecos, como agradar a terceiros, evitar zangas, problemas ou julgamentos de outros. Independentemente do tipo de motivação, aumentaram todos os percentuais de motivos, tanto os positivos quanto os negativos (Tabela 18).

Tabela 18 - Avaliação do potencial de motivação e da tentativa de identificar de onde vem a motivação para o autocuidado do diabetes.

O senhor(a) tenta controlar o diabetes regularmente por quê?	Início	Após 6 meses	Valor-p
	Média (DP)*	Média (DP)*	
Porque me sinto mal.	4,23 (1,99)	5,98 (1,48)	0
Porque me sinto fracassado se não fizer.	2,03 (1,87)	3,38 (2,51)	0,0004
Porque me sinto culpado se não fizer.	3,12 (2,16)	4,71 (2,52)	0
Porque é um desafio.	5,30 (1,51)	6,58 (0,89)	0
Porque me sinto melhor fazendo.	1,86 (1,72)	3,27 (2,58)	0,0013
Porque é importante para atingir objetivos.	3,28 (2,25)	5,37 (2,17)	0
Porque é a melhor maneira de fazer algo por mim.	5,95 (1,02)	6,77 (1,22)	0
Porque é importante para o meu desenvolvimento.	2,11 (1,91)	2,88 (2,46)	0,011
Porque é importante ser saudável.	5,37 (1,22)	6,61 (1,07)	0
Para não ficarem zangados comigo.	4,02 (2,39)	5,36 (2,22)	0,0004
Para não pensarem que sou fraco.	2,58 (2,26)	4,06 (2,70)	0
Porque não quero arrumar problemas com os outros.	5,65 (0,97)	6,38 (1,29)	0,0012
Porque quero que as pessoas saibam que obedeço.	6,14 (1,02)	6,78 (0,50)	0,0001

*Média (desvio padrão). As pontuações variam de 1 a 7 sendo 1 = nada verdadeiro e 7 muito verdadeiro.

As ACS avaliaram como bastante positiva a aplicação de EM durante as consultas de rotina, entendendo, entre 63 a 95% delas, que, com isso, são capazes de melhorar o cuidado que oferecem aos pacientes mudando de modo significativo sua relação com eles; e que o processo ajudou também a levar pontos para discussão com a equipe. Por esses motivos, sentiram-se motivadas a fazer a intervenção e pretendem continuar a fazer planos de ação com os seus pacientes (Tabela 19).

Tabela 19 - Avaliação dos agentes de saúde com relação à intervenção

N (%) de respostas afirmativas	Pós-intervenção (N=19)
A intervenção melhorou o cuidado que ofereço aos pacientes.	13 (68%)
Eu me senti muito motivado a fazer essa intervenção.	17 (89%)
O treinamento em entrevista motivacional mudou significativamente como eu interajo com os pacientes.	17 (89%)
A intervenção me ajudou a levar pontos dos pacientes para discussão com a equipe de saúde.	12 (63%)
Eu vou continuar a usar os planos de ação com meus pacientes.	18 (95%)

5 DISCUSSÃO

A Unidade de Saúde da Vila Piauí localiza-se no extremo Oeste da cidade de São Paulo, com uma clientela típica da observada em unidades de saúde deste município. Ela segue a orientação da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste da cidade de São Paulo, sob gestão em parceria do projeto Região Oeste da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Durante o desenvolvimento do estudo, a gestão foi transferida para outra organização social. A Unidade apresenta, assim como outros serviços de saúde da cidade, alta rotatividade de seus profissionais de saúde; no entanto, as agentes comunitárias desta unidade se caracterizam por manter maior estabilidade, sendo o tempo de atividade na UBS Vila Piauí de 7 anos em média. Os pacientes, em geral, são de classe média baixa, com grande número de idosos, e poucas crianças e gestantes quando comparada com outras unidades periféricas de São Paulo.

Quanto às características sociodemográficas das ACS envolvidas neste estudo, observamos que elas são mais velhas, têm mais tempo de trabalho na função e a mesma escolaridade quando comparadas a outras amostras analisadas tanto em São Paulo⁶⁷ quando na região Sul e Nordeste do Brasil.⁶⁸ É interessante apontar que as ACS da Vila Piauí têm um longo tempo de permanência na área (34 anos), o que lhes permite um profundo conhecimento dos problemas da região e de seus habitantes; também vale a pena salientar que 100% são mulheres, o que caracteriza a profissão de profissionais de saúde e cuidadores como uma atividade tipicamente feminina.

A avaliação do conhecimento em relação ao diabetes, tanto dos profissionais de saúde como das agentes comunitárias, foi pouco superior após o treinamento. Algumas possibilidades podem ser aventadas, incluindo a ineficácia deste treinamento; acreditamos, no entanto, que, quanto aos

profissionais de saúde, o principal motivo é que parte dos médicos tinha sido treinada anteriormente pela mesma equipe. Quanto à nota das agentes de saúde, acreditamos que a prova na forma de teste foi incapaz de avaliar o conhecimento pela baixa escolaridade das participantes. Uma reavaliação das mesmas questões após a análise dos testes mostrou que, de fato, muitas das questões foram pontuadas erroneamente por incapacidade de compreender o tipo de pergunta, e não o conteúdo da informação.

Quanto ao resultado do treinamento em entrevista motivacional, após várias horas de treinamento, a maior parte das ACS teve desempenho médio, por isso, foi considerada viável a aplicação da entrevista pelas ACS no estudo, assim como a possibilidade de replicar este processo em outras situações e outros serviços de saúde.

A amostra dos pacientes participantes do estudo é bastante característica de pessoas com diabetes tipo 2. Usual quanto à média de idade, tempo longo de doença, presença acentuada de obesidade, além de associação comum com hipertensão arterial, hiperlipemia e depressão. Observamos maior número de mulheres, o que reflete os dados da literatura. Muitos estudos encontram maior presença de mulheres, talvez pela maior participação destas nos serviços de saúde ou por uma maior disponibilidade de tempo, e, possivelmente, relacionada ao fato de que a unidade só funcionava na época do estudo até as 19h. A maior parte dos pacientes do estudo mora com alguém. E 74% dos pacientes não possuem plano de saúde, o que caracteriza a amostra como em classe média baixa e que corresponde à média nacional; de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2008, 25,9% da população brasileira têm plano de saúde.⁶⁹

Quanto à escolaridade, a média de 3,3 anos mostrou-se abaixo da média brasileira, que, em 2012, de acordo com o Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), era de 8,8 anos.⁷⁰ Confirmando o impacto da baixa escolaridade, observamos que uma proporção considerável de pessoas têm baixa *literacy* (termo do Inglês que significa alfabetismo no nosso contexto para as questões de saúde), caracterizada pela dificuldade de ler as receitas

ou anotar as medidas de glicemia capilar. Baixa *literacy* foi confirmada, entre nós, como muito frequente em idosos com diabetes e importante fator contribuinte para controle glicêmico insuficiente.⁷¹ Confirmando nossos achados, Piette e cols.⁷² também observaram importante papel dos pares em mudar o controle glicêmico de pacientes com deficiência de *literacy* em saúde.

Nosso estudo analisou a presença de depressão por meio do instrumento PRIME MD observando exclusão de depressão em apenas 45,6% dos pacientes, sendo que 21% dos pacientes tinham, ao início do estudo, critérios para diagnóstico de depressão. A intervenção não modificou este quadro. É interessante apontar que, dos 5 pacientes que abandonaram o estudo, 4 deles tinham diagnóstico de depressão por esse instrumento.

É bem conhecida a grande associação de diabetes com depressão, que pode acometer até 60% das pessoas com diabetes.^{73,74} Anderson e cols.⁷⁵ observaram que o diabetes praticamente duplica o risco de depressão, acometendo até um em cada três pacientes diabéticos. Mais ainda, a presença de depressão foi relacionada ao controle glicêmico inadequado e, de modo mais preocupante, à aceleração de declínio cognitivo.⁷⁶

Nesta amostra, observamos um grande número de pacientes em uso de insulina, inclusive insulina regular associada à NPH, o que é pouco usual para pacientes em acompanhamento em Unidade Básica de Saúde. Mas ainda, a partir da intervenção, alguns pacientes anteriormente resistentes se propuseram a iniciar o uso de insulina, em especial, regular.

Durante o período de intervenção, outras modificações no esquema terapêutico podem ter contribuído para os desfechos; a gliclazida deixou de ser fornecida, durante os 2 meses finais do estudo, por indisponibilidade na farmácia local; 19 dos 32 pacientes que usavam essa droga (59%) ficaram sem o medicamento. Ao início do estudo, 6 pacientes trocaram o uso de glibenclamida por gliclazida, e esta última foi introduzida para mais 6 pacientes.

Estas alterações no tratamento medicamentoso dificultam a avaliação precisa do papel dos ACS e dos planos de ação sobre o controle; trata-se, no entanto, de uma observação da vida real, e um estudo no qual os outros profissionais de saúde foram treinados também em diabetes, o que lhes possibilitava aperfeiçoar o controle oferecido a seus pacientes. A falta de medicamentos continua um problema de difícil solução em nosso país. Os valores de A1c dos 19 pacientes que ficaram sem a droga, assim como essas medidas dos pacientes nos quais a gliclazida ou insulina foram introduzidas ou tiveram aumento de dosagem não se mostraram diferentes entre o início e o fim da intervenção.

Não observamos em nosso estudo diminuição de peso, da circunferência de cintura nem da pressão arterial média dos pacientes, achados semelhantes aos reportados, recentemente, por Pladevall e cols.,⁷⁷ De fato, melhora da hipertensão arterial, assim como do hábito de fumar não foi observada em nenhum de 11 estudos analisados em uma meta-análise que avaliou estratégias para melhorar a qualidade do manejo de diabetes⁷⁸, embora intervenção que utilizou suporte por pares por meio de ligações telefônicas mostrou melhora na pressão arterial sistólica, no IMC, na qualidade de vida, mas não alterou o LDL colesterol⁷⁹. Ruggiero e col. utilizando programa de pares para ajudar na modificação de estilo de vida mostrou melhora de atividade física, e diminuição do IMC e circunferência abdominal.⁸⁰

A hemoglobina glicada média era elevada, uma vez que este era o critério de inclusão. Com a intervenção, houve diminuição da A1c, embora sem significância estatística; a queda da hemoglobina glicada só foi significativamente menor nos pacientes que fizeram quatro ou mais planos de ação, o que mostra eficácia do programa de motivação. Dados contraditórios são relatados a esse respeito na literatura: Spencer e cols.⁸² observaram melhora na A1c quando agentes de saúde fizeram intervenções por meio de teorias comportamentais; ao contrário, estudo de Pladevall⁷⁷ e cols. aplicando entrevista motivacional não teve sucesso na diminuição da A1c; Safford e cols.⁸¹ aplicando a mesma técnica e com apoio de pares

também não observou melhora na A1c. Por outro lado, Piette e col.⁷², em estudo de suporte por pares, observou melhora na A1c, mas a atribuiu, sobretudo, a maior uso de terapêutica com insulina. Chamany e cols.⁷⁹ avaliando o impacto de suporte por pares pelo telefone observaram melhora na A1c apenas nos pacientes com A1c inicial maior que 9%, resultados semelhantes aos vistos em meta-análise⁷⁸ que confirmou a observação de que intervenções melhoram o controle quando este é pior no seu início. Este é, possivelmente, um dos motivos pelos quais nossa amostra não mostrou melhora significativa, 27% dos pacientes tinham hemoglobina glicada inicial entre 7 e 8%.

As concentrações médias de colesterol eram maiores que o desejado (embora muitos pacientes estivessem no alvo para esse parâmetro); com a intervenção, houve diminuição significativa das concentrações de colesterol total, LDL colesterol, e de triglicérides, sem diferença significativa no uso de sinvastatina. Esses dados confirmam a eficácia deste programa pelo menos neste período de tempo. A redução desses parâmetros de risco cardiovascular deve ser atribuída, neste caso, à mudança importante de estilo de vida – houve maior consumo de fibras e redução de gorduras saturadas. Embora, em geral, se atribua à dieta um papel pouco importante no controle lipídico, resultados semelhantes aos que observamos foram relatados no *U.K. Lipid Clinics Programme*⁸³, que obteve redução de concentrações séricas de colesterol total e LDL colesterol em 60% de 2500 pacientes sob orientação dietética. Em geral, quando a dieta é suficientemente adequada para reduzir lipídeos, também o peso diminui, o que não aconteceu em nosso estudo. A redução de triglicérides foi possivelmente associada à melhor dieta e ao controle glicêmico. Assim como neste estudo, Allen e cols.⁸⁴ confirmaram que a intervenção por meio de agentes comunitários de saúde também resultou em melhora desses parâmetros lipídicos, da A1c e também da pressão arterial, sendo este último parâmetro não observado por nós. Dados opostos a estes foram relatados por Pladervall⁷⁷, e assim como Safford e cols.⁸¹ que, aplicando entrevista motivacional, não mostraram melhora no controle lipídico.

Segundo o instrumento de Morisky Green⁶⁴, são considerados com baixa adesão aos medicamentos os pacientes que respondem sim a 3 ou 4 perguntas de não adesão. Em nosso estudo, este número, que era inicialmente 38, diminuiu significativamente para 21 pacientes com a intervenção. No entanto, a avaliação quanto ao uso de remédios feita por meio do questionário Toobert não mostrou melhora na adesão. Isso pode ter acontecido por serem questionários de diferentes avaliações: o Morisky Green observa adesão de forma genérica, enquanto o Toobert observa adesão na última semana. Outros estudos que utilizaram a intervenção de pares⁸² ou de entrevista motivacional⁷⁷ não demonstraram melhora de adesão ao tratamento medicamentoso.

Por outro lado, houve sensível melhora na qualidade da alimentação, assim como na prática de atividade física segundo o questionário Toobert. A melhora destes hábitos de vida e as medidas importantes para o autocuidado coincidem com os maiores pontos escolhidos pelos pacientes para serem trabalhados em planos de ação realizados com os agentes comunitários. Foram escolhidos por 40% dos pacientes comer mais verduras e frutas, e por 32% fazer mais atividade física. Diminuir ingestão de açúcar foi escolhido por 20%, adesão a medicamentos por 8%, e perda de peso por 3% dos pacientes. Curiosamente, em estudo com intervenção motivacional por pares nos EUA, observou-se que os planos de ação mais escolhidos pela população foram perda de peso (93%), diminuir o estresse (19%) e adesão medicamentosa (9%).⁸¹

A correlação das escolhas dos planos de ação feitas com auxílio dos ACS com os quesitos correspondentes do questionário Toobert mostrou que 75% dos pacientes que escolheram como meta comer mais verduras e frutas tiveram sucesso; este número foi 73% para a escolha realizar mais atividade física,

A monitoração da glicemia capilar já era adequada ao início do estudo, e não se modificou após intervenção. Não houve também redução do tabagismo, (18% dos participantes) semelhante à da população brasileira,

que, de acordo com dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer) de 2012, é de 15%.⁸⁵

O instrumento PACIC (*Patient Assessment of Care for Chronic Conditions*) é reconhecido como importante técnica de avaliação do cuidado ao paciente portador de doença crônica, entendendo que a equipe de saúde trabalhará tendo o paciente como o centro do cuidado, realizando passo a passo intervenções e procedimentos para possibilitar o melhor cuidado para essas pessoas. Segundo os dados obtidos por este questionário, observa-se que ocorre na Unidade de Saúde um tratamento bastante convencional, não centrado na pessoa com diabetes, com profissionais definindo as normas e dando conselhos aos pacientes. Com a intervenção, obtivemos melhora significativa em vários itens, tais como: houve maior acolhimento que permitiu aos pacientes: pensar melhor nos objetivos de seu tratamento, discutir os efeitos colaterais dos remédios, definir suas próprias metas para melhorar o controle, entender a importância de o estilo de vida modificar o controle do diabetes, fazer planos de ação, entre outros. Com isto, demonstramos que o estudo atingiu seu objetivo de centrar mais o cuidado nas mãos do paciente.

Respostas muito parecidas são observadas quando a melhora da atenção oferecida tem como referência o ACS e não a equipe toda – é possível, por isso, atribuir a melhora do cuidado ao papel fundamental dos agentes comunitários.

Ao mesmo tempo, 87% dos pacientes disseram-se bastante satisfeitos ou satisfeitos com o serviço de saúde, ainda que tenham respondido negativamente a aspectos pontuais deste tratamento; é possível que, diante do serviço público com tantas desigualdades e dificuldades de acesso, o fato de estarem sendo regularmente assistidos, ainda que de modo convencional e de certo modo autoritário, seja visto como positivo.

De acordo com estudo de Ali e colaboradores a propósito de objetivos do tratamento do diabetes, melhores resultados são atingidos pela interação de diversos fatores: os fatores relacionados ao paciente (como a motivação), os fatores relacionados aos profissionais de saúde (como a intensificação do

tratamento), e os relacionados com o sistema de saúde (como a melhora da organização e do acesso ao sistema de saúde pelo paciente).⁸⁶

A escala de autoeficácia IMDSES mostrou que a maioria dos nossos pacientes se sente capaz de lidar com o diabetes no dia a dia. Essa observação é importante uma vez que grande parte da resistência ao tratamento de diabetes é associada à baixa autoeficácia.⁸⁷ Por outro lado, os pacientes após a intervenção se manifestaram ainda mais seguros em lidar com o seu tratamento diário, em especial, com a dieta; o otimismo relacionado à confiança em lidar com o diabetes, o modo como este afeta o seu cotidiano e sua capacidade de seguir o tratamento em caso de mudança de rotina não se modificaram.

Este otimismo e confiança foram igualmente confirmados pelas questões do instrumento PAID (*Problem Areas in Diabetes*). A maioria dos pacientes diabéticos não se sente sobrecarregada com o diabetes e também não sente falhas na sua rotina, sem modificação com a intervenção. O estudo realizado por Piette e cols.⁷² verificou que o apoio por pares não diminuiu o estresse relacionado ao diabetes, que, na verdade, em nosso estudo, era não existente.

A avaliação das relações entre pacientes e ACS foi bastante positiva: os pacientes relataram que, na maioria das vezes, o agente comunitário foi presente, incentivou a autoconfiança, os entendeu e encorajou. Sua relação com o agente comunitário, em geral, melhorou com a intervenção. Por outro lado, os pacientes relataram, após intervenção, que os ACS teriam menos confiança na capacidade do paciente lidar com diabetes, e entender como ele vê as coisas e gostaria de lidar com elas. Entendemos que isso pode ter acontecido por maior reflexão e discussão de pontos para realização dos planos de ação. Uma importante modificação foi observada com a intervenção: um número menor de pacientes encara o seu diabetes como uma doença inexorável contra a qual não há o que fazer.

Observamos que a maior parte dos pacientes tinha um potencial de motivação para o controle de seu diabetes classificado por Bob Anderson como intrínseco.³⁷ Com a intervenção, houve melhora no potencial de

motivação tanto intrínseco como extrínseco, como por quesitos de cunho negativo ou positivo, significativo para todo o questionário que avaliou a motivação.

Estudo publicado em 2014 no *British Medical Journal* mostrou que o programa Estratégia Saúde da Família foi associado à redução de hospitalizações, e mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares⁸⁸. Esse sucesso vem mostrar a eficácia que o apoio dos ACS, os pares do nosso sistema de saúde, pode trazer à população, principalmente, de baixa renda, com baixa *literacy*.

No presente estudo, um salto significativo da qualidade deste trabalho foi dado, quando avaliamos o modo como as ACS conduziram as entrevistas e os planos de ação, assim como quanto a sua opinião a respeito da intervenção.

A maioria delas achou que a intervenção melhorou o cuidado aos pacientes, assim como a interação entre eles, e, também, a interação entre pacientes e a equipe de saúde.

Foi gratificante notar que as ACS identificaram claramente, pela primeira vez, a importância de ouvir em vez de aconselhar; e, também, pela primeira vez, deram a oportunidade de o paciente identificar o que achava importante mudar a respeito de seus comportamentos de saúde. Enfatizaram o reconhecimento de que é importante permitir ao paciente decidir o que é significativo para ele sem imposição de opiniões ou críticas.

“O paciente é o mestre de sua vida e saúde. O que é importante para mim pode não ser o mesmo que para ele”.

“O treinamento mudou a forma como nos aproximamos da pessoa. Não para impor, mas para questionar. Mudou a forma como falamos: é uma nova abordagem”.

Outra ACS, que se declara ter *“uma reputação de ser famosa para dar conselhos”*, explicou que este projeto mostrou a ela que isso pode mudar. Outras observações que demonstram uma mudança em direção à abordagem de EM centrada no paciente capacitando-o incluem: *“é o tempo*

da pessoa, que devemos respeitar”; “quando uma pessoa está habilitada, ela responde melhor”.

Uma ACS disse que ela mudou para *“como posso ajudá-lo”, ou “do modo como você me fez entender”* em vez de *“é necessário fazer...”*.

As ACS mostraram entusiasmo para aprender novos métodos de informação e de aprimoramento de suas habilidades. Entre suas afirmativas a propósito de como o treinamento mudou seu método de trabalho, estão: *“estou trabalhando melhor porque tenho motivação para isso”*; outras descreveram o treinamento como o *“fornecimento de uma nova visão”*, mostrando interesse em aprender novas abordagens que seriam *“inovação que traz à luz novos métodos”* e *“oportunidade de agir de forma organizada”*.

A maioria avaliou a sua experiência como positiva, alguns afirmam já *“estar utilizando métodos semelhantes aos EM”* ou que *“a resistência do paciente para mudar impede o seu progresso”*. Uma ACS disse que os pacientes *“tentam seguir os planos e alguns conseguem, mas alguns casos são mais difíceis”*. Outra comentou a respeito do tempo longo que se gasta para aplicar este método de trabalho, embora sem considerar este fato como uma avaliação negativa: *“Nós nos tornamos mais ouvintes que falantes”*. *“Às vezes, quando eu penso que a visita vai acabar, ela dura mais 1 hora e meia”*.

Quase todas as ACS disseram que iriam incorporar esses métodos de EM no seu trabalho na medida do possível e de suas capacidades. Algumas ACS descreveram como esses métodos podem ser utilizados para além do cuidado do diabetes e observaram de que maneira pretendem adaptar os métodos para melhor atender o seu trabalho do dia a dia, incluindo o uso de uma forma *“mais suave”* da intervenção. Uma ACS enfatizou a versatilidade desses métodos, afirmando que ela pode os usar *“em qualquer situação, até na minha casa. Eu posso usá-los em minha vida”*. Outros ACS também descreveram a sua intenção de usar os métodos para seu próprio cuidado, sendo que, uma afirmou que *“já fez seu próprio plano de ação para mudança de hábitos para ter um comportamento saudável”*.

Este estudo deve ser interpretado em face de várias limitações. A mais significativa é que é um estudo feito em um único serviço, e estudo antes-depois sem grupo de controle. Algumas intercorrências podem ter contribuído para o agravamento do controle do diabetes entre os participantes: 1) metade dos médicos empregados na UBS mudaram de emprego durante o período de intervenção e não foram substituídos até o seu término, criando significativas barreiras de acesso para os pacientes; e 2), houve um período de dois meses, durante o qual não havia gliclazida na farmácia local. Assim, as melhorias encontradas em avaliações da qualidade dos seus cuidados, e nas medidas clínicas e laboratoriais ocorreram apesar destas limitações.

Como a intervenção foi feita em um único serviço, os nossos resultados não podem se generalizar para outras unidades de saúde.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Quase todas as agentes comunitárias de saúde (ACS) de uma Unidade Básica de Saúde que serve uma população de baixa renda na periferia da cidade de São Paulo foram capazes de aprender e aplicar Entrevista Motivacional no apoio aos pacientes portadores de diabetes como parte do autocuidado com a doença, e da prestação de serviços de rotina em suas visitas domiciliares mensais obrigatórias.

Pacientes com diabetes e controle glicêmico inadequado que receberam visitas domiciliares da ACS treinadas e fizeram planos de ação tiveram melhora de alguns parâmetros do autocuidado, como melhora na dieta, redução de sedentarismo e adesão aos medicamentos. Tiveram, também, redução de hemoglobina glicada, LDL colesterol e triglicerídeos; relataram melhorias significativas na sua satisfação com o atendimento recebido e em dimensões-chave de suas interações com seus ACS.

No geral, a maioria dos ACS entrevistados opinou muito positivamente sobre as habilidades aprendidas com a entrevista motivacional, relatando que a sua comunicação com os pacientes melhorou, e estão planejando continuar incorporando, pelo menos, algumas das habilidades que aprenderam em suas futuras interações com pacientes.

Apesar das limitações, este estudo apoia a viabilidade e aceitação do treinamento de agentes comunitários de saúde em atividade nas UBS em abordagens baseadas em entrevista motivacional para melhorar o autocuidado e a saúde de adultos com diabetes durante a rotina de visitas domiciliares.

7 ANEXOS

7.1 ANEXO A - Programa do Treinamento em diabetes.

Curso de Imersão para Médicos/Enfermeiras/Técnicos de enfermagem da Vila Piauí

Dia 18/03

7:30 h	Distribuição de material, divisão dos grupos de trabalho e personagens
8:00 h	Avaliação inicial
8:45 h	Aula nº1: discussão do quadro clínico do personagem: aula sobre os fatores de risco e o diagnóstico de diabetes. Entrega de vídeos correspondentes a esses assuntos Médico da equipe- Márcia Q ou N- (MED+ ENF + AUX).
9:45 h	Aula nº2: A alimentação adequada para o portador de diabetes Nutricionistas: Michelle Rasmussen / Joyce Gouveia (MED+ ENF + AUX). Entregar vídeo e propor o prato feito como lição de casa.
10:15 h	Oficina nº1: Como aplicar insulina e usar o monitor de glicemia Enf. Elaine Buchhorn C. Damião (MED+ ENF + AUX). Entregar vídeo e propor monitoração em casa

Lição de casa do primeiro dia: ver os vídeos correspondentes
Aplicar o questionário de risco
Prato Feito
Monitorar a glicemia em pelo menos XXXX refeições

Dia 20/03

(Depois de 2 ou 3 dias):

07:40 h	Aula nº3: Prevenção de complicações crônicas e Cuidados gerais Dra. Maria Lúcia C. Giannella. Vídeo (MED+ ENF + AUX).
8:30 h	Aula nº4: Pé diabético: prevenção, diagnóstico e classificação Dra. Cândida Parisi Vídeo (MED+ ENF + AUX).
9:00 h	Oficina nº2: Cuidados com os pés Exame dos pés / Cuidados preventivos diários / Calçados Vídeo (MED+ ENF + AUX).
10:00 h	Aula nº5 + Prática : Atividade Física Prof.: Rodrigo Iborra .Vídeo (MED+ ENF + AUX). Esta pode incluir os agentes comunitários

Lição de casa: SER DIABETICO NAS REFEICOES E PARA TOMAR MEDICACAO

Dia 21/03

08:00 h	Aula nº6: Medicamentos disponíveis para o tratamento do DM Dra. Márcia Queiroz (MED.)Enf e auxiliar
09:00 h	Aula nº7: Insulinoterapia Dra Márcia Nery(MED.) enf e auxiliar
10:00 h	Oficina nº3: Tratamento do Diabetes: discussão de casos clínicos(MED) Oficina nº3: Insulinoterapia e monitoração: discussão de casos clínicos (ENF e AUX)
11.00	Aula nº7: Tratamento de doenças associadas- hipertensão e hiperlipemia
11:40 h	Avaliação final

Curso de Imersão para Agentes Comunitários da Vila Piauí**Dia 22/03**

7:30 h	Distribuição de material, divisão dos grupos de trabalho e personagens
8:00 h	Avaliação inicial
8:45 h	Aula nº1: discussão do quadro clínico do personagem: aula sobre os fatores de risco e o diagnóstico de diabetes.Entrega de vídeos correspondentes a esses assuntos Márcia Q ou N.
10:00 h	Como controlar: os conceitos de APC- A1c, PA e colesterol- alvos
11:00 h	Importância da dieta ,do exercício e do uso adequado do medicamento
12.00 h	Avaliação final

7.2 ANEXO B – Formulário de avaliação da entrevista motivacional com as médias das notas obtidas pelas 16 ACS avaliadas

Formulário de Avaliação ONE-PASS com as médias das notas obtidas pelas 16 ACS avaliadas

Nome do Agente Comunitário de Saúde: _____ Data da Sessão: _____ Nome do avaliador: _____

Duração da sessão: _____ Data da avaliação: _____ Tempo gasto na avaliação: _____

Intervalo menor nota e maior nota _____

MEDIA

Quão bem sucedido foi o Agente Comunitário em ...	Comentários / Pontuação alta	Mal / Nunca		Bem / Com frequência				Excelente / Sempre			
		1	2	3	4	5	6	7			
1. iniciar de maneira colaborativa a conversa sobre o andamento da autocuidado da diabetes?	4,2-6										5,2
2. (Em visitas domiciliares de acompanhamento) fazer uma revisão encorajadora de como o paciente se saiu com relação ao último plano de ação proposto?	2,3-6,5										5,2
3. usar uma escala de 0-10 para ajudar o paciente a descrever seu desempenho com relação ao último plano de ação proposto (0 não fez nada e 10 fez tudo)?	1,7-4,2										2,5
4. ouvir atentamente a descrição do paciente sobre sua experiência, sem interromper?	3-6,1										5,3
5. ajudar o paciente a identificar, sem julgá-lo, o que atrapalhou na execução de seu plano de ação e possíveis formas de abordar estes problemas, ou a propor etapas diferentes, ou a encontrar maneiras de tornar um certo passo mais fácil de alcançar para ele?	2-6										4,2
6. elogiar o esforço, o empenho e as tentativas?	2,6-6,8										4,5
7. suscitar primeiramente dos pacientes as preocupações que eles têm e / ou os desafios que estão enfrentando com sua diabetes?	2,5-6										4,4
8. usar perguntas abertas ou perguntas fechadas positivas?	2,7-6,3										4,6
9. incentivar o paciente a fazer perguntas?	2,7-5										3,8
10. explicitar verbalmente que irão compartilhar quaisquer questionamentos / reclamações médicas discutidas com a equipe de cuidados médicos?	3-5,7										4,3
11. usar reflexões?	3-5,8										4,2
12. incentivar e promover a eficiência?	3-6										4,4

13. responder adequadamente às demonstrações e verbalizações de emoção do paciente?	5,7-6								5,2
14. driblar a resistência em vez de confrontar o paciente?	3-6,2								4,8
15. obter permissão antes de dar qualquer conselho e / ou passar informação?	2,5-5,3								3,8
16. explorar ativamente as maneiras pelas quais a UBS poderia ajudar com quaisquer problemas sociais levantados pelos pacientes, que estariam dificultando concentrarem-se em sua saúde / diabetes?	5,2-6								5,7
17. evitar a emissão de julgamento sobre qualquer coisa que o paciente tenha dito?	4-5,9								5,1
18. abordar os valores e o significado mais profundo por trás das mudanças de comportamentos em auto-gestão?	2,7-6,1								3,8
19. oferecer várias opções de áreas que o paciente poderia escolher para trabalhar e melhorar a auto-gestão de sua diabetes / saúde?	1-5,5								3,4
20. explicar (ou reforçar) a importância do foco em um objetivo comportamental de longo prazo (por exemplo, fazer mais atividade física) que é importante para o participante (usando uma escala de 0-10)?	1,2-6,2								3,8
21. explicar (ou reforçar) a importância de dividir os objetivos em pequenas etapas específicas de ação?	2-5,7								4,3
22. explicar (ou reforçar) que a etapa da ação deve ser considerada um experimento a se tentar?	2-5,5								4
23. (Na primeira visita domiciliar) apresentar a estrutura e a forma do plano de ação?	-								-
24. (Na primeira visita domiciliar) dar um modelo de objetivo de plano de ação pessoal e exemplos específicos de etapas possíveis?	-								-
25. ajudar o paciente a identificar uma pequena etapa específica da ação para a próxima semana / mês (um "cardápio de idéias" para passos possíveis?)	1-6,5								4,5
26. suscitar a importância do objetivo comportamental mais amplo usando uma escala 0-10?	1,7-7								5,7

	1,2-5,7									3,3
	1,5-5,7									3,2
	1,5-7									5,3
	1,5-6									3,2
	1,7-6,7									4
	1,5-5,7									3,4
	4-6,5									5,4
	1,7-6,3									5,1
	1,7-6									4,5
	1,2-6,5									5,1
	1,7-6,2									5
	2-6,5									5,2
	1,7-5,9									4,1
	5-7									5,8
	4-6,25									5,4
	2,5-6,5									5
27. incentivar o paciente a refletir sobre os motivos que o levaram a escolher aquele número (por que não mais, ou menos?)										
28. ajudar o paciente a identificar um outro objetivo comportamental, se a importância dada foi baixa (<7)?										
29. identificar o nível de confiança em etapas de ação específicas usando uma escala 0-10?										
30. ajudar o paciente a identificar uma etapa mais realista se a o nível de confiança foi baixo (<7)?										
31. ajudar o paciente a identificar barreiras para o sucesso?										
32. ajudar o paciente a resolver problemas, encontrando soluções manejáveis para os obstáculos identificados?										
33. apoiar a autonomia do paciente? (vontade própria)										
34. chegar a um acordo com o paciente sobre qual será a próxima etapa da ação?										
35. resumir o que o paciente disse e decidiu durante a sessão?										
36. fornecer uma cópia do plano de ação para o paciente?										
37. fazer a transição para "fechar o acordo" / realizar o acompanhamento?										
38. discutir e organizar o acompanhamento junto à UBS e outros acompanhamentos necessários?										
39. resumir e rever as questões e preocupações dos pacientes que precisam ser levadas à equipe de saúde?										
40. exibir uma linguagem corporal de abertura e solidariedade?										
41. expressar empatia / calor humano / aceitação?										
42. demonstrar o espírito da EM de modo geral?										
Impressão geral										
43. De modo geral, quão bem o Agente Comunitário conduziu esta sessão?	3,2-6,2	1	2	3	4	5	6	7	4,4	
44. Tempo de fala do paciente x agente comunitário	1-7	<50% (1)					~50% (4)		>50% (7)	4,7

MÉTRICAS DE DESEMPENHO GLOBAL	OBJETIVO	1	4	7
45. Tempo de fala do paciente x agente comunitário	>50% 1-3,2	< 50%	~50%	> 50% 2,8
46. Proporção de reflexão x perguntas	>2:1 1-2,5	< 1:1	~ 1:1	>2:1 2
47. Porcentagem de questões abertas (do total Q)	>70% 1-4,8	< 50%	50%-70%	>70% 2,2
48. Porcentagem de reflexões complexas (do total de reflexões)	>50%	< 25%	25%-50%	>50%

PONTUAÇÃO TOTAL: 4,4

7.3 ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: A PRÁTICA DO AUTOCUIDADO EM DIABETES: O PAPEL DA EQUIPE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO AGENTE COMUNITÁRIO NA REGIÃO OESTE DE SÃO PAULO.
- PESQUISADOR: Dra MARCIA NERY.
- CARGO/FUNÇÃO: MÉDICA SUPERVISORA . INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº. 17101
- UNIDADE DO HCFMUSP: SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - ICHC

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

- RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
- RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA :1 ano.....

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Essas informações estão sendo fornecidas para esclarecer a importância de sua participação voluntária nesse estudo que tem por objetivo atender melhor à população com diabetes, a partir de uma nova perspectiva de cuidado que utiliza a entrevista motivacional.

Serão realizados dois questionários, um no início da pesquisa e um outro após 6 meses; também serão realizadas coletas de sangue como de rotina do seu tratamento para o diabetes com a punção de uma veia do seu braço, no início, e após 6 meses da intervenção; essa coleta é igual ao exame de rotina que habitualmente se faz para o controle do seu diabetes. O Sr (a) também receberá visitas mensais do agente comunitário, do mesmo modo que acontece no seu tratamento de rotina, mas ele abordará uma nova metodologia e utilizará planos de ação mensais para melhor cuidado do diabetes.

Este estudo não deve trazer desconforto, a não ser o tempo gasto para responder ao questionário, e os riscos são mínimos, apenas o da coleta de sangue em veia periférica.

Por outro lado, a pesquisa em si pode-lhe trazer benefícios, uma vez que a sistematização do atendimento e a realização dos planos de tratamento poderão ajudar o participante a obter melhor controle do diabetes.

Em qualquer etapa do estudo, O Sr. (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra Marcia Nery que pode ser encontrado no endereço rua Dr Eneas de Carvalho Aguiar 155 8 andar do PAMB. Telefone(s) .26617694; a investigadora auxiliar é a Dra Thais Moura Ribeiro do Valle Nascimento que pode ser encontrada na Praça Camilo Castelo Branco 10, UBS Vila Piauí tel 36214508. Se o Sr. (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 2º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fm@usp.br

O Sr. (a) tem toda a liberdade, de em qualquer momento, retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição de Saúde UBS Vila Piauí;

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

O Sr. (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados do estudo assim que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. "A PRÁTICA DO AUTO-CUIDADO EM DIABETES: O PAPEL DA EQUIPE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO AGENTE COMUNITÁRIO NA REGIAO OESTE DE SÃO PAULO".

Eu discuti com a Dra Thais Moura Ribeiro do Valle Nascimento sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

7.4 ANEXO D – Plano de Ação

MEU PLANO DE AÇÃO

NOME: _____ DATA: ____/____/____

1. A área de mudança que eu escolhi para trabalhar, nas próximas semanas:

Mais atividade
Física

Mais
verduras

Remédios/
Insulina

Menos
açúcar

Perder
peso

2) Importância que dou para essa mudança

0.....1..... 2..... 3..... 4.....5..... 6..... 7.....8.....9.....10
Nada importante Muito Importante

3. Que coisa específica irei fazer este mes? _____

4. Quando vou começar? _____

5. Quantas vezes por semana? _____

6. Por quanto tempo cada semana? _____

7. Onde vou fazer? _____

8. Que obstáculos talvez, vou enfrentar? _____

9. Como vou superar estas barreiras? _____

10. CONFIANÇA: Em uma escala de 0-10, eu acho que posso ter SUCESSO neste passo?

0.....1..... 2..... 3..... 4.....5..... 6..... 7.....8.....9.....10

Nada Confiante

Muito Confiante

7.5 ANEXO E – Questionário da Avaliação do Comportamento de Autocuidado.

Questionário da avaliação para o programa de diabetes

Disponível em

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dFIXeTBDVDVFek5UN09tOWZkWjBmMEE6MQ>

1. Entrevistador:	<i>First name / last name</i>
2. Data/Hora:	<i>Month/ day/ year hour/minutes/am or pm</i>
3. Consentimento informado:	☐ Sim (1) ☐ Não (2)
4. Nome do Paciente:	<i>First name / last name</i>
5. Data de nascimento:	<i>Month / day/ year</i>

Dados gerais de identificação clínica e social

Por favor, responda cada questão preenchendo o espaço em branco ou circulando a resposta correta.

6. Qual era a sua idade quando lhe disseram que o Sr (a) possuía diabetes?	_____ anos
7. Estado Civil: ☐ Solteiro (1) (N=4 ; 7,02%) ☐ Casado/amasiado (2) (N=39 ; 68,42%) ☐ Viúvo (3) (N=7; 12,28%) ☐ Separado/divorciado (4) (N=7; 12,28%)	
8. Quantos anos de escola o Sr (a) frequentou? Contar pré-escola (alfabetização) como um ano de estudo. ☐ Analfabeto (1) ☐ Ensino fundamental incompleto (1ºG) (2) ☐ Ensino fundamental completo (3) ☐ Ensino médio incompleto (2ºG) (4) ☐ Ensino médio completo (5) ☐ Ensino superior incompleto (6) ☐ Ensino superior completo (7) ☐ Pós-graduação. (8)	

9. Possui convênio médico:	[] Sim (1) (N=15; 26,32%)	[] Não (2) (N=42; 73,68%)
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Capacidade de compreensão de receitas e impressos.

10. Algumas pessoas têm dificuldade em ler as informações ou receitas que recebem. Com que frequência o Sr(a) precisa de ajuda para entender as informações das receitas médicas?

Resposta:	Nunca (1) N=27; 47,37%	Raramente(2) N=1; 1,75%	Às vezes (3) N=18; 31,58%	Sempre (4) N=11; 19,30%
-----------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

A propósito da receita do seu médico, responda se verdadeiro ou falso:

11. Ela está sempre clara e a letra dá para entender.	Verdadeiro (1) N=28; 49,12%	Falso (2) N=29; 50,88%
---	-----------------------------------	------------------------------

12. A receita não dá para entender, mas o meu médico explica o que está escrito.	Verdadeiro (1) N=18; 31,58%	Falso (2) N=39; 68,42%
--	-----------------------------------	------------------------------

13. Eu não sei ler, por isso peço para outra pessoa. (Peça pra ela perguntar se ele sabe ler ou não. E se no caso de não se pede pra outra pessoa ler)	Verdadeiro (1) N=3; 5,26%	Falso (2) N=54; 94,74%
---	---------------------------------	------------------------------

14. Eu não leio porque sei a minha receita de cor. (Idem anterior)	Verdadeiro (1) N=4; 7,02%	Falso (2) N=53; 92,98%
---	---------------------------------	------------------------------

15. Com que frequência o Sr (a) precisa de ajuda de outra pessoa para fazer ou anotar os valores da medida de glicemia de ponta dos dedos?

Resposta:	Nunca 1 N=37; 68,52%	Raramente 2 N=0; 0%	Às vezes 3 N=1; 1,85%	Sempre 4 N=16; 29,63%
-----------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Condições gerais de saúde.

As próximas perguntas são sobre sua saúde em geral. Por favor, responda com a maior precisão possível.

16. Em geral, com o Sr (a) classificaria a sua saúde?

Resposta:	Excelente 1	Muito boa 2	Boa 3	Ruim 4	Péssima 5
Início	N=0	N=0	N=40; 71,43%	N=14; 25%	N=2; 3,57%
Após 6 meses	N=1 1,92%	N=3 5,77%	N=37 71,15%	N=10 19,23%	N=1 1,92%

17. O Sr(a) toma remédios para diabetes?	Sim (1)	Não (2)
Início	N=52; 91,23%	N=5; 8,77%
Após 6 meses	N=50 96,15%	N=2 3,85%

18. O Sr(a) toma insulina para diabetes?	Sim	Não
Início	N=37; 64,91%	N=20; 35,09%
Após 6 meses	N=36 69,23%	N=16 30,77%

Adesão aos medicamentos. Questionário de adesão Morisky-Green (QAMG)

19. O Sr(a), alguma vez, esquece de tomar seu remédio de diabetes?	Sim	Não
Início	N=21; 36,84%	N=36; 63,16%
Após 6 meses	N=33 63,46%	N=19 36,54%

20. O Sr(a), às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seu remédio diabetes?	Sim	Não
Início	N=26; 45,61%	N=31; 54,39%
Após 6 meses	N=34 65,38%	N=18 34,62%

21. Quando o Sr(a) se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio de diabetes?	Sim	Não
Início	N=6; 10,53%	N=51; 89,47%
Após 6 meses	N=9 17,31%	N=43 82,69%

22. Quando o Sr(a) se sente mal com o remédio, de diabetes às vezes, deixa de tomá-lo?	Sim	Não
Início	N=6; 10,53%	N=51; 89,47%
Após 6 meses	N=8 15,38%	N=44 84,62%

Escala de atividades de autocuidado com diabetes – QAD Toobert e cols

As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se o Sr (a) esteve doente durante os últimos sete dias, por favor, lembre-se dos últimos sete dias em que não esteve doente.

Alimentação geral.

23. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=10; 17,54%	N=1; 1,75%	N=2; 3,51%	N=4; 7,02%	N=2; 3,51%	N=5; 8,77%	N=5; 8,77%	N=28; 49,12%
Após 6 meses	N=4 7,69%	N=2 3,85%	N=2 3,85%	N=6 11,54%	N=6 11,54%	N=8 15,38%	N=7 13,46%	N=17 32,69%

24. Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, agente comunitário)?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=7; 35%	N=1; 5%	N=1; 5%	N=0	N=0	N=3; 15%	N=2; 10%	N=6; 30%
Após 6 meses	N=6 11,54%	N=2 3,85%	N=3 5,77%	N=8 15,38%	N=6 11,54%	N=6 11,54%	N=10 19,23%	N=11 21,15%

25. Durante o último mês em um dia normal, QUANTAS PORÇÕES (não falar porções pedir numero e quantidade de verdura) de verduras e frutas você comeu?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=1; 1,75%	N=6; 10,53%	N=13; 22,81%	N=10; 17,54%	N=13; 22,81%	N=9; 15,79%	N=4; 7,02%	N=1; 1,75%
Após 6 meses	N=0	N=1 1,92%	N=5 9,62%	N=13 25%	N=9 17,31%	N=17 32,69%	N=4 7,69%	N=3 5,77%

Alimentação específica.

26. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções (falar porções pedir numero e quantidade de verdura) de frutas e/ou vegetais? Uma porção é xícara de fruta, pires de legumes ou 1 banana.

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=40; 70,18%	N=0	N=1; 1,75%	N=1; 1,75%	N=0	N=0	N=0	N=15; 26,32%
Após 6 meses	N=14 26,92%	N=1 1,92%	N=6 11,54%	N=6 11,54%	N=2 3,85%	N=5 9,62%	N=3 5,77%	N=15 28,85%

27. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=3; 5,26%	N=7; 12,28%	N=6; 10,53%	N=5; 8,77%	N=3; 5,26%	N=1; 1,75%	N=2; 3,51%	N=30; 52,63%
Após 6 meses	N=3 5,77%	N=2 3,85%	N=5 9,62%	N=12 23,08%	N=9 17,31%	N=0	N=1 1,92%	N=20 38,46%

28. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=17; 29,82%	N=19; 33,33%	N=29; 50,88%	N=6; 10,53%	N=3; 5,26%	N=0	N=0	N=1; 1,75%
Após 6 meses	N=15 28,85%	N=11 21,15%	N=17 32,69%	N=5 9,62%	N=1 1,92%	N=0	N=0	N=3 5,77%

Atividade física.

29. Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais em atividade contínua, inclusive andar)?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=37; 64,91%	N=3; 5,26%	N=3; 5,26%	N=3; 5,26%	N=0	N=1; 1,75%	N=0	N=10; 17,54%
Após 6 meses	N=14 26,92%	N=2 3,85%	N=4 7,69%	N=6 11,54%	N=5 9,62%	N=6 11,54%	N=7 13,46%	N=8 15,38%

30. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou no trabalho?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=35; 61,4%	N=3; 5,26%	N=3; 5,26%	N=5; 8,77%	N=0	N=1; 1,75%	N=0	N=10; 17,54%
Após 6 meses	N=26 50,98%	N=1 1,96%	N=6 11,76%	N=5 9,8%	N=3 5,88%	N=5 9,8%	N=2 3,92%	N=3 5,88%

Monitoração de glicemia.

31. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=9; 16,07%	N=5; 8,93%	N=5; 8,93%	N=1; 1,75%	N=0	N=2; 3,57%	N=1; 1,75%	N=33; 58,93%
Após 6 meses	N=8 15,38%	N=6 11,54%	N=0	N=0	N=2 3,85%	N=0	N=1 1,92%	N=35 67,31%

32. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou equipe de saúde?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=8; 15,09%	N=1; 1,89%	N=4; 7,55%	N=1; 1,89%	N=0	N=3; 5,66%	N=5; 9,43%	N=26; 49,06%
Após 6 meses	N=19 36,54%	N=16 30,77%	N=0	N=0	N=0	N=0	N=1 1,92%	N=16 30,77%

Início: N/A N=5, 9,43%

Medicação.

33. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado (insulina ou comprimidos)?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=0	N=0	N=3; 5,36%	N=0	N=1; 1,79%	N=1; 1,79%	N=0	N=51; 91,07%
Após 6 meses	N=1 1,92%	N=0	N=0	N=0	N=0	N=2 3,85%	N=1 1,92%	N=48 92,31%

34. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=1, 2,27%	N=0	N=3; 6,82%	N=0	N=0	N=1; 2,27%	N=0	N=33; 75%
Após 6 meses	N=16 30,77%	N=0	N=1 1,92%	N=0	N=0	N=2 3,85%	N=1 1,92%	N=32 61,77%

Início: N/A N=6; 13,64%

35. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=0	N=0	N=0	N=0	N=1; 1,92%	N=0	N=0	N=51; 98,08
Após 6 meses	N=4 7,69%	N=0	N=0	N=0	N=0	N=1 1,92%	N=1 1,92%	N=46 88,46%

Tabagismo.

36. O Sr. (a) fumou um cigarro (ainda que só uma tragada), durante os últimos sete dias?

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=50; 87,72%	N=1; 1,75%	N=0	N=0	N=0	N=0	N=0	N=6; 10,53%
Após 6 meses	N=46 88,46%	N=1 1,92%	N=0	N=0	N=0	N=0	N=0	N=5 9,62%

37. Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, em um dia?

_____ cigarros

Quando fumou seu último cigarro?

- [] Nunca fumou (0) Início: N=29, 50,88%; Após 6 meses: N=29, 56,86%
- [] Há mais de dois anos (1) Início: N=20; 35,09%; Após 6 meses: N=15, 29,41%
- [] Um a dois anos atrás (2) Início: N=1; 1,75%; Após 6 meses: N=0
- [] Quatro a doze meses atrás (3) Início: N=0; Após 6 meses: N=0
- [] Um a três meses atrás (4) Início: N=0; Após 6 meses: N=1, 1,96%
- [] No último mês (5) Início: N=2; 3,51%; Após 6 meses: N=2, 3,92%
- [] Hoje (6) Início: N=5; 8,77%; Após 6 meses: N=4, 7,84%

PACIC. (*patient assesment of chronic illness care questionnaire*). Glasgow e cols.

Nos últimos SEIS MESES, ao passar em atendimento com equipe de saúde (com médico ou enfermeiro ou agente de saúde) para o seu diabetes:

39. Foi oferecida possibilidades de pensar a respeito do seu tratamento?	Nunca (1)	Geralmente não (2)	Alguma vez (3)	Geralmente sim (4)	Sempre (5)
Início	N=34; 59,65%	N=6; 10,53%	N=9; 15,79%	N=1; 1,75%	N=6; 10,53%
Após 6 meses	N=8 15,38%	N=0	N=7 13,46%	N=7 13,46%	N=29 55,77%

Início: N/A N=1; 1,75%

Após 6 meses: N/A N=1; 1,92%

40. Foi incentivado a falar dos problemas ou efeitos colaterais dos seus medicamentos?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=41; 71,93%	N=0	N=4; 7,02%	N=2; 3,51%	N=9; 15,79%
Após 6 meses	N=13 24,53%	N=3 5,66%	N=3 5,66%	N=10 18,87%	N=23 43,4%

Início: N/A N=1; 1,75%

Após 6 meses: N/A N=1; 1,92%

41. Teve ajuda para definir metas específicas para melhorar seu diabetes?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=34; 59,65%	N=6; 10,53%	N=7; 12,28%	N=1; 1,75%	N=8; 14,04%
Após 6 meses	N=2 3,85%	N=1 1,92%	N=8 15,38%	N=6 11,54%	N=35 67,31%

N/A N=1; 1,75%

42. Ficou satisfeito com seu tratamento?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=1; 1,79%	N=3; 5,36%	N=7; 12,50%	N=6; 10,71%	N=38; 67,86%
Após 6 meses	N=0	N=0	N=5 9,62%	N=8 15,38%	N=39 75%

N/A N=1; 1,79%

43. Foi mostrado que o que o sr faz para cuidar de si mesmo influencia no seu diabetes?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=11; 19,30%	N=1; 1,75%	N=6; 10,53%	N=3; 5,26%	N=35; 61,40%
	N=2 3,85%	N=1 1,92%	N=12 23,08%	N=7 13,46%	N=30 57,69%

N/A N=1; 1,75%

44. Pediram para o Sr.(a) falar sobre seus objetivos no cuidado para seu diabetes?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=41; 71,93%	N=2; 3,51%	N=6; 10,53%	N=2; 3,51%	N=5; 8,77%
Após 6 meses	N=14 26,92%	N=1 1,92%	N=12 23,08%	N=4 7,69%	N=21 40,38%

N/A N=1; 1,75%

45. Teve ajuda para definir metas específicas para melhorar sua alimentação ou exercícios físicos?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=41; 71,93%	N=0	N=8; 14,04%	N=1; 1,75%	N=6; 10,53%
Após 6 meses	N=2 3,85%	N=2 3,85%	N=14 26,92%	N=7 13,46%	N=27 51,92%

N/A N=1; 1,75%

46. O sr (a) foi incentivado a ir a um grupo específico ou aula para lhe ajudar a lidar com seu diabetes?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=21; 36,84%	N=4; 7,02%	N=23; 40,35%	N=1; 1,75%	N=7; 12,28%
Após 6 meses	N=7 13,46%	N=2 3,85%	N=16 30,77%	N=8 15,38%	N=19 36,54%

N/A N=1; 1,75%

47. Lhe perguntaram, diretamente ou em um questionário, sobre seus hábitos de saúde?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=28; 49,12%	N=0	N=4; 7,02%	N=4; 7,02%	N=20; 35,09%
Após 6 meses	N=4 7,69%	N=2 3,85%	N=11 21,15%	N=11 21,15%	N=24 46,15%

N/A N=1; 1,75%

48. Foi ajudado a fazer um plano de ação que o sr (a) possa cumprir no seu dia-a-dia?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=50; 87,72%	N=0	N=4; 7,02%	N=1; 1,75%	N=1; 1,75%
Após 6 meses	N=5 9,62%	N=1 1,92%	N=8 15,38%	N=13 25%	N=25 48,08%

N/A N=1; 1,75%

49. Foi perguntado como seu diabetes afeta sua vida?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=41; 71,93%	N=0	N=6; 10,53%	N=3; 5,26%	N=6; 10,53%
Após 6 meses	N=18 34,62%	N=3 5,77%	N=8 15,38%	N=5 9,62%	N=18 34,62%

N/A N=1; 1,75%

50. O sr (a) foi procurado após a consulta para saber como está indo?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=12; 21,05%	N=3; 5,26%	N=3; 5,26%	N=1; 1,75%	N=37; 64,91%
Após 6 meses	N=4 7,69%	N=0	N=12 23,08%	N=6 11,54%	N=30 57,69%

N/A N=1; 1,75%

51. O sr (a) foi incentivado a procurar programas na comunidade que possam te ajudar?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=42; 73,68%	N=0	N=10; 17,54%	N=1; 1,75%	N=3; 5,26%
Após 6 meses	N=18 34,62%	N=4 7,69%	N=6 11,54%	N=7 13,46%	N=17 32,69%

N/A N=1; 1,75%

52. O sr (a) foi encaminhado para consultas com outros médicos, como oftalmologista ou cirurgião, para ajudar no seu tratamento?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=49; 5,96%	N=0	N=6; 10,53%	N=0	N=1; 1,75%
Após 6 meses	N=17 32,69%	N=2 3,85%	N=16 30,77%	N=6 11,54%	N=11 21,15%

N/A N=1; 1,75%

53. Lhe perguntaram como foram as suas consultas com outros médicos?	Nunca	Geralmente não	Alguma vez	Geralmente sim	Sempre
Início	N=35; 63,64%	N=0	N=5; 9,09%	N=1; 1,82%	N=6; 10,45%
Após 6 meses	N=22 41,31%	N=3 5,77%	N=8 15,38%	N=2 3,85%	N=17 32,69%

N/A N=8; 14,55%

Satisfação com cuidados.

As seguintes perguntas são sobre a satisfação com o atendimento que tem recebido da minha equipe de saúde (médico, enfermeira, agente comunitário) para cuidar do seu diabetes.

54. Quanto a explicações sobre seus problemas de saúde relacionados ao diabetes:

1) Muito insatisfeito 2) Insatisfeito 3) Pouco insatisfeito 4) Pouco satisfeito 5) Satisfeito 6) Muito satisfeito

Resposta:	1	2	3	4	5	6
Início	N=0	N=1; 1,79%	N=1; 1,79%	N=4; 7,14%	N=34; 60,71%	N=15; 26,79%
Após 6 meses	N=0	N=1 1,92%	N=0	N=3 5,77%	N=12 23,08%	N=36 69,23%

N/A N=1; 1,75%

55. Quanto ao envolvimento nas decisões sobre o tratamento do diabetes:

1) Muito insatisfeito 2) Insatisfeito 3) Pouco insatisfeito 4) Pouco satisfeito 5) Satisfeito 6) Muito satisfeito

Resposta:	1	2	3	4	5	6
Início	N=1; 1,75%	N=1; 1,75%	N=1; 1,75%	N=6; 10,53%	N=36; 63,16%	N=11; 19,3%
Após 6 meses	N=1 1,92%	N=1 1,92%	N=1 1,92%	N=6 11,54%	N=10 19,23%	N=33 63,46%

N/A N=1, 1,75%

Prime (rastreamento de depressão).

Nas últimas DUAS SEMANAS, quantas vezes foi incomodado por qualquer dos seguintes problemas?

56. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)
Início	N=27; 47,37%	N=18; 31,58%	N=12; 21,05%
Após 6 meses	N=27 51,92%	N=20 38,46%	N=5 9,62%

Nas últimas DUAS SEMANAS, quantas vezes o Sr. (a) foi incomodado por qualquer dos seguintes problemas?

57. Sentiu-se abatido, deprimido ou sem esperança	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)
Início	N=26; 45,61%	N=18; 31,58%	N=13; 22,81%
Após 6 meses	N=31 59,62%	N=14 26,92%	N=7 13,46%

Questionário IMDSES – Escala de auto-eficiência. Crabtree e cols

58. Quão confiante o sr(a) está na sua habilidade para lidar com o diabetes	Totalmente (1)	Confiante (2)	Mais ou menos (3)	Nada confiante (4)
Início	N=19; 33,33%	N=26; 45,61%	N=8; 14,04%	N=4; 7,02%
Após 6 meses	N=24; 46,15%	N=19; 36,54%	N=9; 17,31%	N=0;

59. O sr (a) se sente seguro(a) de usar o seu conhecimento sobre seu diabetes no seu tratamento diário	Concordo totalmente(1)	Concordo(2)	Discordo(3)	Discordo totalmente(4)
Início	N=18; 31,58%	N=32; 56,14%	N=4; 7,02%	N=3; 5,26%
Após 6 meses	N=31; 59,62%	N=18; 34,62%	N=3; 5,77%	N=0;

60. O sr (a) acredita que pode seguir as rotinas do diabetes a cada dia	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica
Início	N=15; 26,32%	N=38; 66,67%	N=3; 5,26%	N=1; 1,75%	N=0;
Após 6 meses	N=21; 40,38%	N=25; 48,08%	N=6; 11,54%	N=0;;	N=0;

61. O sr (a) está certo(a) que pode manter sua dieta todos os dias	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica
Início	N=11; 19,3%	N=29; 50,88%	N=15; 26,32%	N=2; 3,51%	N=0;
Após 6 meses	N=18; 34,62%	N=25; 48,08%	N=9; 17,31%	N=0;	N=0;

62. O sr (a) acha que o tratamento do seu diabetes não atrapalha a sua rotina diária	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica
Início	N=23; 40,35%	N=19; 33,33%	N=10; 17,54%	N=5; 8,77%	N=0;
Após 6 meses	N=20; 38,46%	N=11; 21,15%	N=12; 23,08%	N=9; 17,31%	N=0;

63. O sr (a) acha que é capaz de seguir o seu tratamento planejado de diabetes até mesmo quando ocorrem mudanças na sua rotina diária	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica
	N=18; 31,58%	N=34; 59,65%	N=4; 7,02%	N=1; 1,75%	N=0;
Após 6 meses	N=25; 48,08%	N=12; 23,08%	N=11; 21,15%	N=4; 7,69%	N=0;

PAID (problem areas in diabetes) rastreamento de problemas em diabetes. Joslin.

A partir da sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para o Sr. (a). Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para o Sr. (a) em cada questão.

Nas últimas 4 semanas:

64. Sentir-se sobrecarregado com as exigências de viver com o diabetes:

0) Não é um problema 1) É um pequeno problema 2) É um problema moderado
3) É quase um problema sério 4) É um problema sério

Resposta:	0	1	2	3	4
Início	N=28; 49,12%	N=3; 5,26%	N=7; 12,28%	N=1; 1,75%	N=18; 31,58%
Após 6 meses	N=15; 28,85%	N=4; 7,69%	N=15; 28,85%	N=7; 13,46%	N=11; 21,15%

65. Sentir que a sua rotina para cuidar da sua saúde é falha:

0) Não é um problema 1) É um pequeno problema 2) É um problema moderado
3) É quase um problema sério 4) É um problema sério

Resposta:	0	1	2	3	4
Início	N=28; 49,12%	N=6; 10,53%	N=8; 14,04%	N=4; 7,02%	N=11; 19,3%
Após 6 meses	N=16; 30,77%	N=11; 21,15%	N=13; 25%	N=6; 11,54%	N=6; 11,54%

Acompanhamento dos agentes comunitários de saúde (ACS).**66. Nos últimos 6 meses quantas vezes o sr(a) encontrou seu ACS?**

Resposta:	0	1	2	3	4	5	6
Início	N=4; 7,02%	N=4; 7,02%	N=5; 8,77%	N=2; 3,51%	N=3; 5,26%	N=1; 1,75%	N=37; 64,91%
Após 6 meses	N=1; 1,92%	N=1; 1,92%	N=2; 3,85%	N=4; 7,69%	N=6; 11,54%	N=2; 3,85%	N=36; 69,23%

N/A N=1; 1,75%

O que acha das frases a seguir:

67. Meu ACS entendeu como eu vejo as coisas a respeito do meu diabetes	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)
Início	N=1; 28,07%	N=25; 43,86%	N=7; 12,28%	N=5; 8,77%	N=3; 5,26%
Após 6 meses	N=33; 63,46%	N=15; 28,85%	N=1; 1,92%	N=2; 3,85%	N=1; 1,92%

N/A n=1: 1.75%

68. Meu ACS expressou confiança na minha capacidade de tomar decisões a respeito do meu diabetes	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=13; 22,81%	N=23; 40,35%	N=9; 15,79%	N=7; 12,28%	N=4; 7,02%
Após 6 meses	N=31; 59,62%	N=15; 28,85%	N=4; 7,69%	N=1; 1,92%	N=1; 1,92%

N/A N=1; 1,75%

69. Meu ACS entendeu como eu gostaria de lidar com meu diabetes	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=12; 21,05%	N=26; 45,61%	N=7; 12,28%	N=8; 14,04%	N=3; 5,26%
Após 6 meses	N=29; 55,77%	N=17; 32,69%	N=4; 7,69%	N=0;	N=2; 3,85%

N/A N=1; 1,75%

70. Meu ACS me encorajou a fazer perguntas sobre meu diabetes	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=13; 22,81%	N=19; 33,33%	N=2; 3,51%	N=12; 21,05%	N=10; 17,54%
Após 6 meses	N=26; 50%	N=13; 25%	N=1; 1,92%	N=4; 7,69%	N=8; 15,38%

N/A N=1; 1,75%

71. Estou esperançoso que o meu diabetes não irá atrapalhar meu futuro	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=23; 40,35%	N=27; 47,37%	N=1; 1,75%	N=4; 7,02%	N=2; 3,51%
Após 6 meses	N=22; 42,31%	N=13; 25%	N=6; 11,54%	N=7; 13,46%	N=4; 7,69%

72. O meu diabetes vai me matar de qualquer jeito, seu controle está fora das suas mãos	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=1; 1,75%	N=3; 5,26%	N=4; 7,02%	N=21; 36,84%	N=28; 49,12%
Após 6 meses	N=3; 5,77%	N=7; 13,46%	N=8; 15,38%	N=20; 38,46%	N=14; 26,92%

73. Estou confiante do quanto posso lidar com meu diabetes	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=24; 42,11%	N=28; 49,12%	N=2; 3,51%	N=3; 5,26%	N=0
Após 6 meses	N=30; 57,69%	N=17; 32,69%	N=4; 7,69%	N=1; 1,92%	N=0

74. Sei tomar minha medicação para diabetes por conta própria sem me confundir ou ter que pedir ajuda	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=1; 1,43%	N=9; 15,79%	N=0	N=5; 8,77%	N=0
Após 6 meses	N=38; 73,08%	N=8; 15,38%	N=2; 3,85%	N=3; 5,77%	N=1; 1,92%

75. Sei fazer minha dieta sozinho por conta própria	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Início	N=32; 56,14%	N=17; 29,82%	N=1; 1,75%	N=6; 10,53%	N=1; 1,75%
Após 6 meses	N=35; 67,31%	N=12; 23,08%	N=1; 1,92%	N=2; 3,85%	N=1; 1,92%

Após 6 meses: N/A, N=1; 1,92%

Escala do potencial de motivação

O Sr. (a) tenta controlar o diabetes regularmente com dieta, remédios e exercícios físicos:

76. Porque se sente mal consigo mesmo se não faz.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro 6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=14; 24,56%	N=0	N=1; 1,75%	N=0	N=35; 61,40%	N=0	N=7; 12,28%
Após 6 meses	N=2; 3,85%	N=0	N=1; 1,92%	N=5; 9,62%	N=5; 9,62%	N=12; 23,08%	N=27; 51,92%

77. Porque outras pessoas ficam zangadas contigo se não faz.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro 6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=43; 75,44%	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=11; 19,3%	N=0	N=2; 3,51%
Após 6 meses	N=24; 46,15%	N=2; 3,85%	N=0	N=7; 13,46%	N=5; 9,62%	N=3; 5,77%	N=11; 21,15%

78. Porque se sente fracassado se não faz.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro 6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=28; 49,12%	N=0	N=0	N=2; 3,51%	N=23; 40,35%	N=1; 1,75%	N=3; 5,26%
Após 6 meses	N=14; 26,92%	N=0	N=2; 3,85%	N=3; 5,77%	N=7; 13,46%	N=4; 7,69%	N=22; 42,31%

79. Porque sente que é a melhor maneira de fazer algo por si mesmo.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=4; 7,02%	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=35; 61,4%	N=0	N=17; 29,82%
Após 6 meses	N=0;	N=0;	N=1; 1,92%	N=1; 1,92%	N=5; 9,62%	N=5; 9,62%	N=40; 76,92%

80. Porque os outros pensam que é uma pessoa fraca se não faz.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=45; 78,95%	N=0	N=0	N=2; 3,51%	N=8; 14,04%	N=1; 1,75%	N=1; 1,75%
Após 6 meses	N=26; 50%	N=2; 3,85%	N=1; 1,92%	N=5; 9,62%	N=3; 5,77%	N=3; 5,77%	N=12; 23,08%

81. Porque é um desafio, a obtenção dos seus objetivos.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=27; 47,37%	N=0	N=0	N=0	N=25; 43,86%	N=0	N=5; 8,77%
Após 6 meses	N=7; 13,46%	N=1; 1,92%	N=3; 5,77%	N=3; 5,77%	N=5; 9,62%	N=7; 13,46%	N=26; 50%

82. Porque acredita que controlar seu diabetes te ajuda se sentir melhor.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=0	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=28; 49,12%	N=1; 1,75%	N=2; 47,37%
Após 6 meses	N=0	N=0	N=0	N=1; 1,92%	N=2; 3,85%	N=5; 9,62%	N=44; 84,62%

83. Porque tem receio de arranjar problemas com os outros se não faz.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=42; 73,68%	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=12; 21,05%	N=0	N=2; 3,51%
Após 6 meses	N=29; 56,86%	N=3; 5,88%	N=0;	N=4; 7,84%	N=2; 3,92%	N=5; 9,8%	N=8; 15,69%

84. Porque sente que é importante para você alcançar os seus objetivos.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=2; 3,51%	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=38; 66,67%	N=2; 3,51%	N=14; 24,56%
Após 6 meses	N=1; 1,92%	N=0;	N=0;	N=2; 3,85%	N=2; 3,85%	N=4; 7,69%	N=43; 82,69%

85. Porque se sente culpado se não faz as coisas para controlar seu diabetes regularmente.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=20; 35,09%	N=0	N=0	N=2; 3,51%	N=22; 38,60%	N=0	N=13; 22,81%
Após 6 meses	N=8; 15,38%	N=1; 1,92%	N=0;	N=6; 11,54%	N=5; 9,62%	N=4; 7,69%	N=28; 53,85%

86. Porque quer que as outras pessoas saibam que está fazendo o que lhe disseram que devia fazer.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=37; 64,91%	N=0	N=1; 1,75%	N=0	N=13; 22,81%	N=0	N=6; 10,53%
Após 6 meses	N=19; 36,54%	N=3; 5,77%	N=1; 1,92%	N=4; 7,69%	N=2; 3,85%	N=4; 7,69%	N=19; 36,54%

87. Porque é interessante ver o seu próprio desenvolvimento.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=0	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=37; 64,91%	N=0	N=19; 33,33%
Após 6 meses	N=1; 1,92%	N=1; 1,92%	N=1; 1,92%	N=1; 1,92%	N=2; 3,85%	N=10; 19,23%	N=36; 69,23%

88. Porque sentir-se mais saudável é importante para você.

1) Nada verdadeiro 2) Quase nada verdadeiro 3) Quase verdadeiro 4) Um pouco verdadeiro 5) Verdadeiro
6) Bastante verdadeiro 7) Muito verdadeiro

Resposta:	1	2	3	4	5	6	7
Início	N=0	N=0	N=0	N=1; 1,75%	N=23; 40,35%	N=0	N=33; 57,89%
Após 6 meses	N=0	N=0	N=0	N=0	N=2; 3,92%	N=7; 13,73%	N=42; 82,35%

Apenas em 6 meses

89. A ACS ofereceu a você opções para controlar minha diabetes	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)
	22(42%)	10(19%)	11(21%)	4(8%)	5(10%)

[6M_ACSOfereceuOpções]

90. O ACS ajudou você a definir metas específicas para controlar sua diabetes	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)
	28 (54%)	9(17%)	7(13%)	4(8%)	4(8%)

[6M_ACSAjudouMetas]

91. O ACS ajudou você a resolver os problemas que podem surgir no controle de sua diabetes	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)
	18(35%)	8(15%)	12(23%)	7(13%)	7(13%)

92. Às vezes eu me senti julgada negativamente pela minha ACS	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)
	2(4%)	4(8%)	3(6%)	2(4%)	41(79%)

[6M_ACSJulgada]

93. Meu ACS me ajudou a identificar os valores pessoais que são importantes para mim.	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)
	25(48%)	12(23%)	6(11,5%)	1(2%)	8(15%)

[6M_ACSValoresPessoais]

94. Como foi sua relação com seu ACS durante os últimos seis meses	Muito melhor (1)	Pouco melhor (2)	Igual (3)	Pouco pior (4)	Muito pior (5)
	19(40%)	11(23%)	17(36%)	0	0

95. Como foram o acompanhamento do ACS, medico e enfermeira durante os últimos seis meses	Muito melhor (1)	Pouco melhor (2)	Igual (3)	Pouco pior (4)	Muito pior (5)
	20(42%)	12(25%)	16(33%)	0	0

96) Por favor, descreva como foi a sua relação com seu ACS durante os últimos seis meses?
(pontuar palavras para 94)

97) Como eles foram nesses últimos 6 meses iguais? (De que maneira? Você pode me dizer mais sobre isso ... etc.) Pontuar explicação 95.

98) Quantos planos de ação você fez nos últimos 6 meses?

Nenhum 0 (2%) 1 (4%) 2(8%) 3(14%) 4 (10%) 5(10%) 6 (38%) 7 não lembra(16%)

7.7 ANEXO F – Aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA DO AUTO-CUIDADO EM DIABETES: O PAPEL DA EQUIPE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO AGENTE COMUNITÁRIO NA REGIÃO OESTE DE SÃO PAULO.

Pesquisador: MARCIA NERY

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 12081212.8.0000.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 258.649

Data da Relatoria: 09/05/2013

Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial de Saúde preconiza que "boa parte dos cuidados que os indivíduos com diabetes e com outras doenças crônicas necessitam deve ser proporcionada por eles mesmos". A melhora no auto-cuidado de doenças crônicas terá um impacto muito maior na saúde da população do que a criação ou melhora de um tratamento médico específico. A entrevista motivacional é uma orientação interpessoal, com empatia, de igual para igual, e centrado no "modo de ser" do paciente. O programa consiste, genericamente, em utilizar de forma estruturada e sistemática as visitas mensais que os agentes comunitários de saúde (ACS) fazem as pessoas com diabetes, utilizando a estratégia da entrevista motivacional.

METODOLOGIA: Fases da pesquisa: 1. Treinamento para auto-cuidado em diabetes para os profissionais de saúde; 2. Treinamento em entrevista motivacional para os profissionais de saúde. 3. Seleção dos pacientes participantes por entrevista com explicação sobre o projeto, aplicação do TCLE e avaliação dos dados clínicos. 4. Exames laboratoriais (colesterol total e frações, triglicérides, glicemia de jejum e hemoglobina glicada) e aplicação dos instrumentos de avaliação comportamental. 5. Devolutiva do risco do paciente e orientação sobre as medidas que devem ser adotadas. 6. Visitas domiciliares mensais, pelos agentes comunitários treinados em abordagem

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

motivacional que inclui ajuda para que os pacientes elaborem planos de ação, com metas próprias.

7. Reuniões semanais da equipe para discussão dos casos 8. Novos exames clínicos, laboratoriais e consulta médica após 3 e 6 meses 9. Reaplicação, após 6 meses, dos instrumentos de avaliação de atitudes de autocuidado, mudanças no estilo de vida, adaptação psicossocial e depressão. 10. Avaliação dos resultados. 11. Avaliação dos profissionais envolvidos e do processo em geral. 12. Análise estatística dos dados clínicos e laboratoriais a ser definida.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: analisar a viabilidade e aceitação da intervenção na Equipe de Estratégia de Saúde da Família em especial nos agentes comunitários de um programa de auto-cuidado para o diabetes que utiliza a técnica de entrevista motivacional. OBJETIVO SECUNDÁRIO: Verificar o impacto da intervenção em parâmetros clínicos (peso, glicemia, hemoglobina glicada, pressão arterial e controle de lipídios) e no compromisso de auto-cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa tem potencial de fornecer benefícios para o avanço do conhecimento e para os sujeitos da pesquisa. Não traz riscos, além do incômodo inerente de responder os questionários. Os demais procedimentos clínicos e laboratoriais são inerentes ao tratamento do diabetes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que pretende por em prática conhecimentos sobre interações equipe de saúde/ paciente mais eficazes, pois têm como objetivo o empoderamento dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada, a Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - após retificados, foram considerados adequados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 29 de Abril de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

7.7 ANEXO G – Aprovação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA DO AUTOCUIDADO EM DIABETES: O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO AGENTE COMUNITÁRIO NA REGIÃO OESTE DE SÃO PAULO.

Pesquisador: MARCIA NERY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06326713.8.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 257.427

Data da Relatoria: 26/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um ensaio clínico-educativo. A pesquisa será realizada com pacientes portadores de Diabetes mellitus com idade entre 18 e 74 anos cadastrados na UBS Vila Piauí.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é analisar a aceitação e viabilidade pela Estratégia de Saúde da Família em especial pelos agentes comunitários de saúde, de um programa de autocuidado para o diabetes que utiliza a técnica de entrevista motivacional. O objetivo secundário é verificar o impacto da intervenção em parâmetros clínicos e em aspectos comportamentais especialmente no compromisso de autocuidado em diabetes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mínimos, os mesmos de uma coleta simples de sangue em veia periférica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: Visitas mensais realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Para realizar estas

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

visitas, os

agentes serão treinados para o autocuidado em diabetes e para entrevista motivacional. Os pacientes passarão por consulta médica inicial, coletarão exames laboratoriais e serão avaliados comportamentalmente. Os pacientes passarão por nova consulta de seguimento após a coleta dos exames e receberão as visitas dos agentes comunitários. Após 3 a 6 meses novos exames de laboratório e novos instrumentos serão aplicados aos pacientes

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 26 de Abril de 2013

Assinador por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association; Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. *Diabetes Care*. 2014;37(Suppl 1):514-80.
2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 6th Edition, 2014 update. Disponível em www.idf.org/diabetesatlas/update2104. Acesso em 1 jul 2015.
3. Ordunez P1, Martinez R, Niebyski ML, Campbell NR. Hypertension prevention and control in Latin America and the Caribbean. *J Clin Hypertens*. 2015;17(7):499-502.
4. Pan American Health Organization. Deaths due to noncommunicable diseases in countries of the Americas, regional mortality database 2014. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10169&Itemid=41167&lang=en. Accessed June 4 2015
5. Jones AC, Geneau R. Assessing research activity on priority interventions for non-communicable disease prevention in low- and middle-income countries: a bibliometric analysis. *Global Health Action*. 2012;5:10.3402/gha.v5i0.18847.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portaldasaude/arquivos/pdf/2013>. Acesso em 1 jul 2014.
7. Brentani A. *Cadernos da Região Oeste: condições sócio-econômicas e de saúde*. PRO-AIM/SMS - SP. 1ed. São Paulo FMUSP, 2009 v1. 64 p.
8. ZulmanDM, Kerr EA, Hofer TP, Heisler M, Zikmund-Fisher BJ. Patient-provider concordance in the prioritization of health conditions among hypertensive diabetes patients. *J Gen Intern Med*. 2010 May;25(5):408-14
9. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Oct;359(15):1577-89.

10. Mendes AB, Fittipaldi JA, Neves RC, Chacra AR, Moreira ED Jr. Prevalence and correlates of inadequate glycemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol.* 2010 Jun; 47(2): 137-45.
11. Heisler M., Hofer T., Klamerus M, Schmittdiel J, Selby J, Hogan M, Bosworth H, Tremblay A, Kerr E. Study protocol: the adherence and intensification of medications (AIM) study a cluster randomized controlled effectiveness study. *Trials.* 2010 Oct 12;11:95.
12. Cyrino AP; Scharaiber LB. Promoção da saúde e prevenção de doenças o papel da educação e da comunicação. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, organizadores. *Clínica médica.* Barueri: Manole; 2009. v. 3. p.470-7.
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Time for action. Geneva: World Health Organization. 221p. 2003. Disponível em <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf>. Acesso em 5 mai 2012.
14. Funnell, MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette J, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care.* 2007;30:1630-7.
15. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.* 2006;29:S4-S42.
16. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care.* 2002;25:1159-171.
17. Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan, KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care.* 2001;24:561-87.
18. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, *et al.* Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *Am J Prev Med.* 2002;22(4S):39-66.
19. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol.* 1988;41:1007-30.
20. Deakin T, McShane CE, Cade JE. Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD003417.

21. Agurs-Collins TD, Kumanyika SK. Ten Have TRT, Adams-Campbell LL. A randomized controlled trial of weight reduction and exercise for diabetes management in older African-American subjects. *Diabetes Care*. 1997;20:1503-1511.
22. Ministério da Saúde. *Estatística da cobertura pela ESF no Brasil*. http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
23. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Daily activities by community health workers in the Family Health Program in Porto Alegre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;10(2):347-55.
24. Simoes EJ, Bouras A, Cortez-Escalante JJ, Malta DC, Porto DL, Mokdad AH, *et al*. A priority health index identifies the top six priority risk and related factors for non-communicable diseases in Brazilian cities. *BMC Public Health*. 2015;15:443.
25. Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD. Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management. *Ann Intern Med*. 2010;153:507-10.
26. Dennis C. Peer Support within a healthcare context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(36):321-32.
27. Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). *Am J Public Health*. 1987;77:634-5.
28. Lorig K, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs Res*. 2003;52:361-36
29. Griffin JA, Gilliland SS, Perez G, Helitzer D, Carter JS. Participants satisfaction with a culturally appropriate diabetes education program: The Native American Diabetes Project. *Diabetes Educ*. 1999;25:351-63.
30. Fedder DO, Chang RJ, Curry S, Nicols G. The effectiveness of a community health worker outreach program on healthcare utilization of west Baltimore City Medicaid patients with diabetes, with or without hypertension. *Ethn Dis*. 2003;13:22-27.
31. McDermott R, Tulip F, Schmidt B, Sinha A. Sustaining better diabetes care in remote indigenous Australian communities. *Br Med J*. 2003;327:428-30.
32. Lorig K, Gonzales VM. Community-based diabetes self-management education: definition and case study. *Diabetes Spectrum*. 2000;13:234.

33. World Health Organization. Report of a World Health Organization (WHO) consultation. Peer support programs in diabetes. November 5-7, 2007.
34. Brown S, Garcia A, Kouzekanani K, Hanis CL. Culturally competent diabetes self-management education for Mexican-Americans: the Starr County Border Health Initiative. *Diabetes Care*. 2002;25:259-68.
35. Philis-Tsimikas A, Walker C, Rivard L, Talavera G, Reimann JF, Salmon M, Araujo, R. Improvement in diabetes care of underinsured patients enrolled in Project Dulce: A community-based culturally appropriate, nurse case management and peer education diabetes care model. *Diabetes Care*. 2004;27:110-5.
36. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr, Bandura A, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR: Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. *Med Care*. 1999;37:5-14.
37. Anderson B; Funnell M. *The art of empowerment. Stories and strategies for diabetes educators*. 2ª edição. American Diabetes Association. 2005.
38. Carvalho GS. Literácia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: Leandro M, Araújo M, Costa M, organizadores. *Saúde: as teias da discriminação social*. Braga (PT): Universidade do Minho; 2002
39. Hammerschmidt KSA, Lenardt MH. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. *Texto Contexto - Enferm*. 2010;19(2):358-65.
40. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional medical model. *Diabetes Care*. 1995;18:412-41.
41. Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured patient education: the diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabetic Med*. 2006;23:944-54.
42. Forlani G, Zannoni G, Tarrini C, Melchinda N, Marchesini G. An empowerment-based program improves psychological well-being and health-related quality of life in Type 1 diabetes. *J Endocrinol Inv*. 2006;29:405-12.
43. Mayer-Davis EJ, D'Antonio AM, Smith SM, Kirkner G, Levin Martin S, Parra-Medina D, Schultz R. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *Am J Public Health*. 2004;94:1736-42.

44. Pibernik M, Prasek M, Polgicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns.* 2004;52:193-9.
45. Deci EL, Eghrari H, Patrick BC, Leone DR. Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *J Pers.* 1994;62:119-42.
46. Williams GC, Rodin GC, Ryan RM, Grolnick WS, Deci EL. Autonomous regulation: The motivational basis of adherence to medical regimens. *Health Psychol.* 1998;17:269-76.
47. Lasater TM, Wells BL, Carleton CA, Elder JP. The role of churches in disease prevention research studies. *Public Health Rep.* 1986;101:125-31.
48. Tang TS, Gillard ML, Funnell MM, Nwankwo R, Parker E, Spurlock D, Anderson RM: Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions (DSMS): a preliminary report. *Diabetes Educ.* 2005;31:91-7.
49. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change.* 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
50. Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55:305-12.
51. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns.* 2004;53:147-55.
52. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change: a guide for practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
53. Anderson RM, Patria R. Getting out ahead: the diabetes concerns assessment form. *Clin Diabetes.* 2007;25:141-2.
54. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press, 1991.
55. Zanoni PH; Parisi MCR; Admoni SN; Queiroz MS; Nery M. Curso de imersão em diabetes como técnica educativa para profissionais médicos/ Diabetes immersion training as teaching method to medical practitioners. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2009; 53(3): 355-359.
56. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnely MB, Johnson PD, Taylor-Moon D, White NH. Empowerment: An idea whose time has come in diabetes patient education. *Diabetes Educ.* 1991;17:37-41.

57. Schulz KF, Altman DG, Moher D, Group C. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg*. 2011;9(8):672-7.
58. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care*. 1988;11(5):377-86.
59. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000;23:943-50.
60. Silva M, Clinton J, Appleton S, and Flanagan P. Diabetes Self-Management Education in South Auckland, New Zealand, 2007-2008. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(2):A42.
61. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010;54(7):644-51.
62. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*. 2005;43(5):436-44.
63. Benseñor IM, Pereira AC, Tannuri AC, Valeri CM, Akashi D, Fucciolo DQ, Issa FK, Lobato ML, Titan MO, Galvão TG, Lotufo PA. Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3-A):406-11.
64. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-report measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
65. Gastal DA, Pinheiro RT, Vazquez DP. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(2):96-101.
66. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the problem areas in diabetes scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007;76(3):455-9.
67. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008 Oct;42(5):921-9.
68. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):503-14.

69. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Brasília. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf
70. IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *PNAD mostra aumento da escolaridade média do brasileiro*. Brasília, 2013. Disponível em www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20012>. Acesso em 05 jul. 2014.
71. Souza JG1, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004180
72. Piette JD, Resnicow K, Choi H, Heisler M. A diabetes peer support intervention that improved glycemic control: mediators and moderators of intervention effectiveness. *Chronic Illn*. 2013 Dec;9(4):258-67.
73. Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC, Matos AG, Coutinho WF, Meirelles RMR, Ellinger VCM, Zagury L. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47(1):19-29.
74. Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Jun;3(6):450-60.
75. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2001;24(6):1069-78.
76. Sullivan MD, Katon WJ, Lovato LC, Miller ME, Murray AM, Horowitz KR, Bryan RN, Gerstein HC, Marcovina S, Akpunonu BE, Johnson J, Yale JF, Williamson J, Launer LJ. Association of depression with accelerated cognitive decline among patients with type 2 diabetes in the ACCORD-MIND trial. *JAMA Psychiatry*. 2013 Oct;70(10):1041-7.
77. Pladevall M, Divine G, Wells KE, Resnicow K, Williams LK. A randomized controlled trial to provide adherence information and motivational interviewing to improve diabetes and lipid control. *Diabetes Educ*. 2015 Feb;41(1):136-46.
78. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Gallipeau J, Halperin I, Vachon B, Ramsay T, Manns B, Tonelli M, Shojania K. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 379(9833):2252-61.

79. Chamany S, Walker EA, Schechter CB, Gonzalez JS, Davis NJ, Ortega FM, Carrasco J, Basch CE, Silver LD. Telephone Intervention to Improve Diabetes Control: A randomized trial in the New York City A1c Registry. *Am J Prev Med*. 2015 Jul 22. pii: S0749-3797(15)00200-7.
80. Ruggiero L, Oros S, Choi YK. Community-based translation of the diabetes prevention program's lifestyle intervention in an underserved Latino population. *Diabetes Educ*. 2011. Jul-Aug;37(4):564-72.
81. Safford MM, Andreae S, Cherrington AL, Martin MY, Halanych J, Lewis M, Patel A, Johnson E, Clark D, Gamboa C, Richman JS. Peer coaches to improve diabetes outcomes in rural Alabama: a cluster randomized trial. *Ann Fam Med*. 2015 Aug;13(Suppl 1):S18-26.
82. Spencer MS, Rosland AM, Kieffer EC, Sinco BR, Valerio M, Palmisano G, Anderson M, Guzman JR, Heisler M. Effectiveness of a community health worker intervention among African American and Latino adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*. 2011 Dec;101(12):2253-60.
83. Butowski PF, Winder AF Usual care dietary practice, achievement and medication in the management of hypercholesterolaemia. Data from the U.K. Lipid Clinics Programme. *Eur Heart J*. 1998 Sep;19(9):1328-33.
84. Allen JK, Dennison Himmelfarb CR, Szanton SL, Frick KD. Cost-effectiveness of nurse practitioner/community health worker care to reduce cardiovascular health disparities. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(4):308-14.
85. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/>>. Acesso em 05 jul. 2014.
86. Ali M, Ch B, Bullard KM, Saaddine JB, Cowie CC, Imperatore G, Gregg EW. Achievement of goals in U.S. Diabetes care, 1999–2010. *N Engl J Med*. 2013;368:1613-24.
87. M Mishali, H Omer and A D Heymann. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Pract*. 2011;28:82-87.
88. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:g4014.