

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UMA TECNOLOGIA PARA O EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM
DIABETES MELITO TIPO 2**

Fernanda Miranda Seixas Einloft

Porto Alegre

2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UMA TECNOLOGIA PARA O EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM
DIABETES MELITO TIPO 2**

Fernanda Miranda Seixas Einloft

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias
para o SUS no Programa de Pós-Graduação em
Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo
Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciane Kopittke

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Margarita Luz Marina Silva Diercks

Porto Alegre

2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



Banca examinadora:

Prof. Dr. André Klafke de Lima, Programa De Pós-Graduação Em Avaliação De Tecnologias Para O SUS, do Grupo Hospitalar Conceição.

Profa. Dra. Claunara Schilling Mendonça, Programa De Pós-Graduação Em Avaliação De Tecnologias Para O SUS, do Grupo Hospitalar Conceição.

Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini, Professora Adjunta do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de forma especial, à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Luciane Kopittke e à minha co-Orientadora Prof^a. Dr^a. Margarita Luz Marina Silva Diercks, pela acolhida generosa às minhas questões, pela disponibilidade em compartilhar o saber, pelo apoio e pela leveza nos nossos encontros.

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Claunara Schilling Mendonça, pela parceria valorosa, cuja contribuição foi de grande importância para a condução deste estudo.

Agradeço aos colegas da Unidade de Saúde Costa e Silva pela compreensão em relação às minhas ausências.

Agradeço aos participantes da pesquisa, que generosamente, compartilharam suas histórias de vida, aquecendo cada encontro com entrega, entusiasmo e cidadania.

Carinhosamente, agradeço ao Denis, pela escuta paciente, pelo apoio incondicional e pelo afeto, que tanto me fortalecem para busca de novos caminhos.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	09
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 INTRODUÇÃO	11
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 DIABETES MELITO	13
4.2 DESAFIOS PARA O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS	14
4.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS NOVAS TECNOLOGIAS DE ABORDAGEM ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	18
4.3.1 Autonomia do sujeito e Empoderamento	20
4.3.2 Gestão Autônoma da medicação	25
5 METODOLOGIA	29
5.1 DELINEAMENTO	29
5.2 CENÁRIO/LOCAL	30
5.3 POPULAÇÃO	30
5.4 AMOSTRA	30
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
5.6 COLETA DE DADOS/ INFORMAÇÕES	31
5.7 ANÁLISE DOS DADOS/ INFORMAÇÕES	34
5.8 ADAPTAÇÃO DO GUIA GAM	35
6 REFERÊNCIAS	42
7 RESULTADOS: PRODUTOS DA PESQUISA	45
7.1 GUIA GAM – GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO- GUIA ADAPTADO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO DE MEDICAMENTOS USADOS NA DIABETES MELLITUS	46
7.2 GUIA DO FACILITADOR DA PESQUISA PARA MODERAÇÃO DO GRUPO GAM: GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO	87
7.3 ARTIGO: GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TECNOLOGIA PARA O EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.	97
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	116
ANEXO B – ESCALA DE EMPODERAMENTO PARA DIABETES	117
ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA	120
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM2- Diabetes melito tipo 2

APS- Atenção Primária em Saúde

MAAC- Modelo de Atenção às Condições Crônicas

SSC/GHC- Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

MS- Ministério da Saúde

DES- *Diabetes Empowerment Scale*

GAM- Gestão Autônoma da Medicação

HbA1c – Hemoglobina glicada

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estatísticas Descritivas das Variáveis Sociodemográficas, segundo ABEP (2014)	110
Tabela 2- Pontuação na Escala de Empoderamento para o DM2, Global e por subescalas – Antes e Após a intervenção	111
Tabela 3- Correlação dos escores de Empoderamento para o DM2 e HbA1c, a partir das variáveis sociodemográficas: Sexo e Mora com alguém	111
Tabela 4- Correlação dos escores de Empoderamento para o DM2 e HbA1c, a partir das variáveis sociodemográficas: Escolaridade, Tempo de DM2, Idade e HbA1c..	111

RESUMO

Este estudo visa a analisar o empoderamento de usuários de unidades de saúde, diagnosticados com diabetes melito tipo 2 (DM2), após participação em grupos, que utilizaram a tecnologia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

Trata-se de um estudo quase experimental. Foi utilizada uma adaptação da metodologia do Guia GAM Brasileiro, da saúde mental, para usuários com diabetes. Foram incluídos usuários pertencentes à área adscrita de 04 Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição, com DM2, cujos níveis glicêmicos não estavam controlados. Como instrumentos de medida, foram utilizados questionário sócio-demográfico e a Escala de Empoderamento. Esta última aplicada e analisada antes e depois dos grupos.

O número total de participantes foi de 27 (23 participaram dos 8 encontros da metodologia proposta), sendo 81,4% com mais de 60 anos e a maioria de mulheres. No que se refere à escolaridade, apenas 1 participante não sabia ler, sendo a maior porcentagem da amostra com ensino fundamental I completo e fundamental II incompleto. Com relação ao empoderamento, houve aumento do escore nas subescalas I (média de 3,9 para 4,4; valor $p=0,008$) e III (média de 3,9 para 4,3; valor $p=0,033$), bem como no escore global (média de 3,9 para 4,28; valor $p=0,013$), com ($p<0,05$). Em relação à hemoglobina glicada, não houve diferença estatisticamente significativa, apresentando um valor $p=0,251$; no entanto, houve uma queda de 0,426 na média de antes e depois.

Os resultados sugerem que a tecnologia adaptada de grupos GAM pode ser utilizada como uma ferramenta de qualificação do cuidado, melhorando o controle do diabetes em pacientes da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, diabetes melito de aparecimento no adulto, gestão autônoma da medicação, empoderamento.

ABSTRACT

This study aims to analyse users empowerment, from health units, Type 2 Diabetes *mellitus* diagnosed, after attending groups, using an Autonomous Medication Management (GAM) technology.

This is a quasi-experimental study. A Brazilian adaptation from the GAM Guide methodology of mental health was used for diabetes users. Users belonging to the assigned area of 04 Health Units of the Community Health Service, from Conceição Hospital Group, with DM2, whose glycemic levels are not controlled were included. Socio-demographic questionnaire and the Empowerment Scale were used as measurement instruments. This last applied and analyzed before and after the groups.

The total number of participants was 27 (23 participated in the 8 meetings of the proposed methodology), 81.4% were over 60 and women were the majority. With respect to schooling, only 1 participant was unable to read, the greater percentage of the sample had elementary education I complete and fundamental II incomplete. Regarding empowerment, there was an increase in the scores on subscales I (mean of 3,9 to 4,4; $p=0,008$), and III (mean of 3,9 to 4,3; $p=0,033$), as well as, global score (mean of 3,9 to 4,28; $p=0,013$), ($p < 0,05$). Regarding HbA1c, it was not statistically significant, $p=0,251$, however, there was a 0.426 decrease in the before and after average.

The results suggest that GAM groups technology adapted can be used as a tool for diabetes better control, qualifying the health / illness / intervention follow-up process in a unique way in Primary Health Care.

Key words: Primary Health Care, adult onset diabetes mellitus, autonomous management of medication, empowerment

1 APRESENTAÇÃO

Trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição.

Este trabalho foi organizado da seguinte forma:

- Inicialmente, texto dissertativo no qual constam os seguintes itens: objetivo geral e objetivos específicos, introdução, revisão da literatura e referências bibliográficas.
- Produtos técnicos:
 1. Guia GAM (Gestão Autônoma da Medicação- Guia adaptado para o cuidado compartilhado de medicamentos usados no diabetes melito), produto desta pesquisa;
 2. Guia do facilitador da pesquisa para moderação do grupo GAM;
 3. Artigo, produto desta pesquisa.
- Conclusões e considerações finais
- Anexos: Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, Escala de Empoderamento e Normas de publicação na revista.
- Apêndices: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário Sociodemográfico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Grupo de Gestão Autônoma da Medicação, adaptado para pessoas com diabetes melito tipo 2, como tecnologia de empoderamento para o autocuidado e controle clínico de usuários, da atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar o perfil dos usuários diabéticos participantes dos Grupos de Gestão Autônoma da Medicação, adaptado para o diabetes melito tipo 2, no que se refere aos aspectos demográficos e sócio-familiar;
2. Avaliar a efetividade do grupo de Gestão Autônoma da Medicação, adaptado para o diabetes melito tipo 2, no empoderamento para o autocuidado dos usuários diabéticos participantes destes grupos.
3. Relacionar o perfil sócio-demográfico dos usuários diabéticos participantes dos Grupos de Gestão Autônoma da Medicação, adaptado para o diabetes melito tipo 2, com o empoderamento para o autocuidado

3 INTRODUÇÃO

O diabetes melito tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível e, como tal, tem as seguintes características: causas múltiplas, início gradual, prognóstico usualmente incerto, longa ou indefinida duração, curso clínico que muda ao longo do tempo, possíveis períodos de agudização e riscos de incapacidades (BRASIL, 2013).

A atual transição demográfica, com o crescimento da proporção da população idosa e mudança do perfil epidemiológico, tem como consequência o aumento da prevalência de condições crônicas e o uso intensificado dos serviços de saúde por esta população.

O estilo de vida da sociedade moderna, tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, tem contribuído para o aparecimento da obesidade, um dos fatores de maior risco para o desenvolvimento das condições crônicas. Esta vem apresentando elevação importante das taxas de prevalência, nos últimos trinta anos (BRASIL, 2014a).

O panorama atual demanda uma estruturação das equipes da Atenção Primária à Saúde – (APS), que responda tanto às doenças agudas, quanto às crônicas, prevalentes e complexas (BRASIL, 2014b). O desafio é a organização de um sistema que priorize a prevenção e promoção da saúde, a manutenção da capacidade funcional das pessoas e a diminuição da morbimortalidade por estas condições.

Entre as atividades a serem incorporadas pela APS, segundo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas- (MACC), desenvolvido por Wagner e adaptado por Mendes (2012) destacam-se: a estratificação das pessoas segundo os riscos e vulnerabilidade, com intervenções individuais e coletivas, baseadas no estrato de risco; o cuidado compartilhado; o apoio ao autocuidado; a maior qualidade nos cuidados de prevenção, inclusive considerando-se a prevenção quaternária; a reformulação de saberes e práticas oriundas da formação, com a incorporação de novos conceitos, das ciências sociais, das intervenções comportamentais, neuropsicológicas, ambientais e econômicas (BRASIL, 2014b).

Uma abordagem centrada na pessoa e que visa à autonomia e ao empoderamento favorece a estabilização das condições crônicas, assim como adesão aos tratamentos medicamentosos e mudanças de estilo de vida. O empoderamento tem como objetivo principal o desenvolvimento de habilidades, construção de mudanças, autonomia e responsabilização compartilhada do cuidado à saúde entre sujeito, família e equipe. E, como resultado, a melhora do controle ou estabilização das condições crônicas, a mudança de comportamento e a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2014b).

Quando se trata do cuidado do DM2, trabalhar o empoderamento, em grupos, melhora a capacidade das pessoas para entender e decidir, de forma compartilhada, as prioridades a serem enfrentadas, os tratamentos necessários e as atividades da vida diária em relação aos seus problemas/ necessidades de saúde. Uma abordagem horizontal facilita a troca de saberes, experiências e dúvidas. Possibilita que pessoas com DM2 tomem suas decisões sobre seu plano de cuidados, melhorando o enfrentamento de sua doença, além de melhorar a sua qualidade de vida (TOL *et al.*, 2012).

Nesse processo de fortalecimento e empoderamento para as práticas de autocuidado, por meio da abordagem em grupos, destaca-se a tecnologia da Gestão Autônoma de Medicação (GAM) para saúde mental, que constatou resultados importantes no que tange à questão da autonomia (ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2012). Considerando que o sofrimento mental está incluído no grupo das condições crônicas, em 2015, foi realizado um estudo piloto com usuários diagnosticados com DM2 e/ou HAS, moradores do território de abrangência de uma unidade de saúde, do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), com o objetivo de avaliar a efetividade desta metodologia, adaptada, em outras condições crônicas que não a original.

Neste sentido, este estudo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: o uso da metodologia de grupo da Gestão Autônoma da Medicação, adaptada para pessoas com diabetes melito tipo 2, promove, efetivamente, o empoderamento e melhora do controle clínico destes usuários na Atenção Primária à Saúde?

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 DIABETES MELITO

Diabetes melito é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, caracterizado pela hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção dessa ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016). Tendo em vista o interesse desta pesquisa, destaca-se o conceito de DM tipo 2, caracterizada “por defeitos na ação e secreção da insulina e regulação da produção hepática de glicose” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016, p. 7). É a forma verificada em 90 a 95% dos pacientes com DM. Suas causas são múltiplas, incluindo fatores genéticos e ambientais. Dentre estes últimos, destacam-se: o sedentarismo, dietas ricas em gorduras e o envelhecimento. Geralmente, o diagnóstico ocorre após os 40 anos e a maioria das pessoas com DM2, apresentam sobrepeso ou obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

No Brasil, no final da década de 1980, a prevalência de DM2 era de 7,6%, na população adulta. Em 2014, 11,9 milhões de pessoas eram portadoras de DM2 (entre 20 e 79 anos), podendo alcançar 19,2 milhões em 2035. Na Pesquisa Nacional de Saúde, no ano de 2013, 6,2% da população com 18 anos ou mais referiram diagnóstico de DM2, com uma maior prevalência em mulheres (7,0% nas mulheres, para 5,4% nos homens) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

Em relação à escolaridade, indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto têm uma maior taxa de diagnóstico. Não houve diferença, estatisticamente significativa, entre brancos, pretos e pardos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

No SSC/GHC, segundo o sistema de informações em saúde (SIS/SSC) em 2016, a taxa de prevalência de DM2, na população adulta, foi de 8%. O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição conta com 12 postos de saúde e 39 equipes de saúde da família, que atuam nas unidades localizadas na Zona Norte

e Nordeste de Porto Alegre. O Serviço se caracteriza pela constituição de um processo de trabalho multidisciplinar, pelo planejamento a partir do território e população adscrita, pelo acompanhamento permanente do estado de saúde das pessoas, por meio de programas de vigilância em saúde e por contar com um sistema de informação próprio (SIS/SSC) que permite o monitoramento e avaliação das pessoas com DM2 ao longo do tempo.

Outro aspecto que chama atenção são as repercussões de mudanças no estilo de vida, principalmente do padrão alimentar, no aumento da prevalência de DM2. Um estudo com a comunidade nipo-brasileira mostrou um aumento da taxa de 18,3%, em 1993, para 34,9% em 2000. Este estudo considera o impacto da mudança do estilo de vida para esta comunidade, além da possível suscetibilidade genética. Evidências de um Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do diabetes no Brasil relacionam a idade à prevalência da doença, observando-se um incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

Em relação aos custos, o DM2 afeta indivíduo, família e sociedade, não somente no que se refere a valores econômicos. Devem ser considerados outros custos, que apresentam grande impacto na vida das pessoas e familiares que convivem com o diabetes, de difícil quantificação, quais sejam: dor, ansiedade, inconveniência, perda da qualidade de vida, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016). Assim sendo, faz-se necessário pensar em tecnologias que impactem reduzindo estes custos.

4.2 DESAFIOS PARA O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Mendes (2012) chama a atenção para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, nos países desenvolvidos e no Brasil, com o SUS, devido ao desencontro entre a situação epidemiológica, dominada pelas condições crônicas, e um sistema organizado e voltado para responder às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, caracterizado pela fragmentação, pela reatividade e intervenção episódica. Ele analisa a falta de coerência existente, em escala global, entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde.

Segundo Mendes,

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, pelos gestores, pelos profissionais de saúde, e, especialmente, pela população que é sua grande vítima (MENDES, 2012, p. 42).

Faz-se necessário pensar este modelo de atenção à saúde, orientado para o tratamento das condições agudas, uma vez que ele não responde a esta mudança de necessidade de cuidado do perfil epidemiológico atual. Mendes salienta que ele não será desnecessário, já que as condições crônicas podem se agudizar, mas a organização da atenção não pode se dar exclusiva e principalmente através dele (MENDES, 2012).

O autor salienta a discrepância entre os fatores contextuais e fatores internos como causa fundamental da crise dos sistemas de saúde. Estes se movem numa relação dialética entre fatores contextuais, constituídos pela transição demográfica e epidemiológica, pelos avanços científicos e incorporação tecnológica, e fatores internos, como cultura organizacional, recursos, sistemas de pagamentos e de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão. Há um descompasso entre estes fatores, ocorrendo as mudanças contextuais de forma mais acelerada, o que não é acompanhado pela mudança nos fatores internos (MENDES, 2012). A partir deste apontamento de Mendes (2012) é tempo de repensar o formato de respostas às condições que se instalam no Brasil, com necessidade urgente de reconfiguração do trabalho em saúde. Uma saída para que esta transição aconteça de forma efetiva está em se repensar o modelo de atenção, ainda hegemonicamente médico, mesmo na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de pensar o trabalho a partir do sujeito/usuário, compondo coletivamente, primeiramente com o sujeito e com diferentes profissionais da saúde, incrementando o processo de trabalho com tecnologias leves e criando, assim, novos modos de fazer saúde.

Outro possível dificultador, que se passa em ambiente micro, isto é, nos serviços de saúde, pode estar relacionado também à formação dos profissionais de saúde, que executam sua prática, ainda, muito voltada para o atendimento individual. Falta-lhes conhecimento acerca do processo pedagógico, das metodologias grupais, bem como da abordagem para o empoderamento, por exemplo.

Muitos profissionais de saúde, bem como gestores, não percebem uma intervenção educativa como sendo assistência à saúde, preferindo o método tradicional de consulta e prescrição medicamentosa. Desta forma, infere-se que pessoas que nunca tiveram contato com práticas de educação em saúde também não reconheçam tal atividade como modificadora de sua realidade (TADDEO *et al*, 2012).

Neste sentido, torna-se indispensável um processo de formação, para o profissional de saúde, que vise o desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no seu meio social para além das habilidades técnicas. (PEREIRA, 2003).

Educar é mais além que transmitir ou adquirir conhecimentos. Através da educação, as pessoas adquirem valores culturais e reproduzem ou transformam códigos sociais. A tendência pedagógica que se mostra como a mais adequada para a prática educativa em saúde é a problematização, que traz na sua proposta: a valorização do saber do educando, a instrumentalização do educando para transformação de si e da realidade, a participação ativa do sujeito nas ações de saúde, o desenvolvimento de habilidades humanas e técnicas (PEREIRA, 2003).

Há evidências crescentes para o importante papel dos profissionais de saúde da família e comunidade no fornecimento de apoio contínuo. A educação para a autogestão do diabetes e do suporte ao autocuidado está associada a um uso crescente de serviços de atenção primária e serviços de prevenção à saúde e o menor uso de cuidados intensivos e serviços hospitalares (ADA, 2017).

Na mesma medida em que existem dificuldades relacionadas ao sistema e à atuação dos profissionais de saúde, existem dificuldades, também, por parte das pessoas com diabetes para lidar com sua condição de doença.

Diabetes é uma doença complexa e crônica, que requer cuidados contínuos, com implementação de estratégias multifatoriais para redução de risco, além do controle glicêmico. A educação em saúde e o apoio para o autocuidado são fundamentais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. Existe evidência significativa que apoia uma série de intervenções, principalmente

educativas, para melhorar os resultados e a qualidade de vida da pessoa portadora de diabetes (ADA, 2017).

Vários estudos provam que mudanças no estilo de vida diminuem importantemente a incidência de DM2, como o *Finnish Diabetes Prevention Study*, o *Diabetes Prevention Program* e o estudo longitudinal com as enfermeiras americanas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

Quando se considera o DM2, há evidências, com grau de recomendação A, de que a alimentação inadequada e a falta da atividade física aumentam, acentuadamente, a prevalência desta condição crônica. Por isto, programas de prevenção primária, isto é, voltados para prevenção do início da doença, baseiam-se em intervenções na dieta e prática de atividades físicas. Estas visam, principalmente, a combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

No que se refere à prevenção secundária, aquela que visa a prevenir o início das complicações agudas ou crônicas do DM2, o controle metabólico estrito tem função importante. Outras medidas que reduzem surgimento ou progressão das complicações crônicas são: tratamento da hipertensão arterial e da dislipidemia; prevenção de ulceração nos pés e de amputações de membros inferiores; rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia; rastreamento para microalbuminúria; medidas para redução ou cessação do tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

O gerenciamento do estilo de vida é um aspecto fundamental no cuidado do diabetes e inclui a educação e o suporte para o autocuidado, terapia nutricional, estímulo à atividade física, aconselhamento para cessação do tabagismo e cuidados psicossociais.

As pessoas com condições crônicas, bem como sua família, com destaque para o DM2, devem estar muito bem informadas sobre sua condição de saúde, motivadas para lidar com ela e capacitadas para cumprir seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das complicações e saber como e onde recorrer (BRASIL, 2014b). Trata-se de autoconhecimento, bem como de conhecimento sobre a doença e suas implicações, de entendimento sobre

a importância da rede de apoio, de conhecimento sobre a rede de atenção à saúde, reconhecimento de limitações, dentre outros.

É nesta direção, de valorização de todos os sujeitos envolvidos com o processo de cuidado, (profissionais de saúde, pessoas com diabetes e familiares), que devem se organizar os serviços de saúde. Não importa a modalidade em que aconteça, deve-se partir sempre do princípio de que o sujeito deve ser ativo no seu processo de autocuidado.

É recomendado que todas as pessoas com DM2 participem de momentos de educação em saúde, voltados para o autocuidado. Eles incorporam as necessidades, os objetivos e as experiências de vida da pessoa com diabetes, ponto importante para o desenvolvimento do conhecimento e habilidades necessárias para o autocuidado e autogestão do diabetes. A autogestão efetiva, os melhores resultados clínicos, o estado de saúde e a qualidade de vida são objetivos fundamentais da educação e apoio de autogestão do diabetes que devem ser mensurados e monitorados como parte dos cuidados de rotina (ADA, 2017).

4.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS NOVAS TECNOLOGIAS DE ABORDAGEM ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A APS é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, atenção para todas as condições (exceto as incomuns e raras) e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro ponto (STARFIELD, 2002). Para a autora, a APS é menos intensiva, menos hierárquica na sua organização, mais adaptável, capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança e centrada na pessoa.

A APS é um modelo de organização dos sistemas e serviços de saúde. Realiza um trabalho complexo, que exige das equipes a construção multidisciplinar e o uso de metodologias e de ferramentas com comprovada eficiência (BRASIL, 2014b). A APS é campo fértil, onde é possível refletir sobre a dinâmica do trabalho em saúde e implementar novas tecnologias que a atenção às condições crônicas e o DM2 exigem.

Mehry (2013) analisa o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato, como trabalho criador. Traz a reflexão de que a ideia de tecnologia está muito vinculada não só à de equipamento, mas também à da prática (ou ações) em serviço.

O processo de trabalho em saúde, sob a ótica do trabalho vivo, tem uma dimensão que se abre para práticas criadoras, para o enfrentamento das necessidades de saúde, para a presença de tecnologias leves e das relações, sob uma ótica analisadora, pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato na dimensão assistencial do trabalho em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia (MEHRY, 2013).

O autor trabalha com as três valises que permeiam a atuação do profissional de saúde: uma vinculada à sua mão, na qual cabem vários equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra que está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos que tem sua materialidade em ato (produção que se materializa no ato do encontro) (MEHRY, 2013).

Entende-se os grupos de Gestão Autônoma da Medicação, adaptado para pessoas com diabetes melito tipo 2, como uma nova tecnologia ou estratégia, que promove o encontro entre os sujeitos, como possibilidade criativa de intervenção, que tem a intenção de fortalecer e estimular o empoderamento para realizar o autocuidado em saúde. Trata-se da nova clínica, proposta por Mehry (2013), que se apresenta como ação que se abre na busca de novas singularidades e processos emancipadores, que se faz em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve (MEHRY, 2013).

Pensando em novas metodologias ou tecnologias para o enfrentamento das condições crônicas e o DM2, muitas possibilidades têm sido discutidas e estudadas para o trabalho em saúde. Estratégias orientadas pela valorização das tecnologias leves e pelo trabalho criativo, por exemplo: abordagem cognitivo comportamental

com uso da entrevista motivacional, a problematização, a abordagem familiar, a educação para autocuidado, educação entre pares, consultas coletivas, consultas multidisciplinares, consultas sequenciais, dentre outras (BRASIL, 2014b).

Neste estudo, destaca-se a Gestão Autônoma da Medicação como estratégia educacional em grupo que pode potencializar a autonomia e o empoderamento dos sujeitos.

4.3.1 Autonomia do sujeito e Empoderamento

Além de produzir atenção às necessidades de saúde, caberia ao sistema/serviços de saúde contribuir para ampliar o grau de autonomia do sujeito (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2012). O trabalho dos profissionais de saúde, orientado para a produção de autonomia, exige uma reformulação ampliada da clínica, da saúde coletiva, dos modelos de gestão e de atenção à saúde, além, inicialmente, da valorização do sujeito e de sua singularidade. Logo, para os autores, os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam a produção de saúde e co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma, tanto para usuários, como para trabalhadores. Entendem a autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências, como um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme os objetivos que forem democraticamente estabelecidos (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

A co-constituição de autonomia depende de um conjunto de fatores internos e externos. Depende, sempre, do próprio sujeito, que é co-responsável por sua constituição e pela constituição do mundo que o cerca e de muitas outras condições, quais sejam: existência de leis, funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações, da cultura. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento, da reflexão sobre si e sobre o mundo, sujeito da ação, que tem relação direta com a capacidade de lidar com o sistema de poder, de operar conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012). Estes aspectos vêm ao encontro da promoção do autocuidado das pessoas com DM2 onde o aprender a

ser, aprender a fazer, aprender a conviver precisam ser construídos, apreendidos e praticados. Nos grupos GAM, adaptado para pessoas com diabetes melito tipo 2, ao longo de doze encontros há uma elaboração processual de uma cartilha individual e, utilizando diversos questionamentos, a autonomia e o empoderamento vão se construindo neste processo de aprender a ser, aprender a fazer e a aprender a conviver (BRASIL, 2014b).

Os autores propõem uma autonomia relativa, em gradientes, passíveis de serem mudados e terem tensionados seus limites. Para eles, o exercício da autonomia se aproxima de uma ética, uma vez que deverá sempre se colocar em situação e envolverá algum juízo de valor. Propõem que não existe uma autonomia plena. (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012). Os autores convidam a refletir sobre o sujeito com o qual lidamos na saúde. Trata-se do sujeito cartesiano, reduzido à sua racionalidade, ou de um sujeito freudiano, desejante, marcado pela falta, sujeito do inconsciente? É a partir do entendimento de constituição de sujeito que se pode refletir sobre a prática em saúde. Este entendimento inclui que não existem somente saberes técnicos e objetivos em jogo, assim como o imperativo ético de prescrições negociadas com as pessoas portadoras de condições crônicas. (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

O reconhecimento do sujeito, a associação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que nossas práticas operam a partir da dimensão técnica, mas não somente, que outras variáveis são necessárias para permitir o reconhecimento e o desenvolvimento da autonomia, são importantes fatores para que nossas intervenções sejam mais eficazes. (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

Por meio do vínculo, é possível desenhar um campo de propostas terapêuticas que recoloquem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida, produzindo autonomia (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012). Isto somente é possível quando se lança mão de outras ferramentas, para além da dureza de máquinas e equipamentos, na mesma medida, para além da semidureza do conhecimento técnico. Somente o encontro com o paciente abre a possibilidade para o diálogo, para a negociação, para a implicação de ambos os sujeitos envolvidos.

Os processos educativos para o autocuidado, sustentados no empoderamento, se constroem a partir da realidade, sentimentos e práticas do

usuário, ou seja, são centradas no sujeito portador de uma condição crônica, suas necessidades e prioridades. Esta mudança implica numa negociação ativa entre profissionais de saúde e usuário, e os grupos GAM vão ao encontro desta nova forma de fazer saúde.

O empoderamento é um processo educativo que se aproxima da problematização, no sentido que parte das necessidades do sujeito e constrói, em conjunto com o profissional de saúde e sua família ou integrantes da rede de apoio, um plano de cuidados. O papel do profissional de saúde é de facilitar ou mediar o processo de cuidado da pessoa portadora de uma condição crônica. Geralmente, responde perguntas diretamente ou questiona os participantes sobre suas experiências, problematiza questões que precisam ser abordadas, levanta suas próprias preocupações e ajuda os pacientes a entender as consequências de suas decisões (FUNNELL e ANDRESON, 2010).

Mesmo não tendo como objetivos originais a adesão terapêutica ou a eficácia do tratamento, a estratégia GAM, enquanto processo pedagógico, sustentado nos conceitos de autonomia e empoderamento, pode favorecer desfechos finais positivos nas pessoas com diabetes. A partir do diálogo, da reflexão crítica sobre comportamentos e hábitos pessoais existe um potencial para melhoria da qualidade de vida, bem como do controle ou estabilização da doença, diminuição de riscos e morbimortalidade.

Importante considerar que pessoas que vivem com diabetes devem tomar uma série de decisões diárias relacionadas à nutrição, realização de atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e gestão do estresse. Os pacientes também devem interagir eficazmente com o sistema de saúde, os membros da sua família, amigos e empregadores para obter o apoio necessário para gerir seu diabetes. Uma meta importante, dos cuidados com as pessoas com diabetes, é aumentar a autonomia destes para o autocuidado ou autogestão do seu processo de doença. Para os autores, a autonomia se tornou um construto importante e útil em psicologia, porque ela está relacionada com a disposição e a capacidade da pessoa de se envolver em vários desafios comportamentais, incluindo a prevenção e comportamentos para a gestão de doenças (ANDERSON et al, 2000).

A estabilização do diabetes melito tipo 2 requer, portanto, diversas ações e cuidados diários. As equipes de saúde devem proporcionar aos cidadãos

ferramentas que possam potencializar o empoderamento, aumentar a autonomia e, conseqüentemente, ter ganhos em saúde (CUNHA, CHIBANTE, ANDRÉ, 2014). O empoderamento das pessoas com DM2 permite aprendizagem dialógica e o desenvolvimento de consciência crítica que contribuem no encontro para um modo de viver saudável e autônomo (HAMMERSCHMIDT e LENARDT, 2010).

O termo empoderamento foi popularizado por Paulo Freire, que o propõe como um processo social. Para o autor, a liberdade individual tem sentido na medida em que esta pode ajudar o outro a, também, libertar-se através da transformação social. O empoderamento acontece a partir da interação entre indivíduos, trata-se de um processo coletivo de conscientização crítica (FREIRE, 1986). O processo de conscientização se sustenta no diálogo, numa relação dialética entre o homem e o mundo, num processo pedagógico que situa aprendizagem nas condições reais de cada grupo (FREIRE, 1979). “Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto para intervir na realidade para mudá-la” (FREIRE, 1986, p.19).

Esta abordagem se mostra muito apropriada e realista para a educação em saúde de pacientes diabéticos, já que aumenta a liberdade e autonomia daquele que aprende, ou seja, a capacidade de tomar decisões informadas, em contraponto ao aumento da conformidade de quem aprende e que segue as instruções da autoridade. O empoderamento é uma variável contínua, que deve ser entendida como processo e como resultado. Processo, tendo em vista o seu propósito de uma intervenção que aumenta a capacidade de pensar e agir criticamente, de forma autônoma; resultado, uma vez que o sujeito desenvolve um senso de alta eficácia (FUNNELL e ANDERSON, 2010). A abordagem para o empoderamento, segue esta orientação, de valorização e implicação direta do sujeito.

Mesmo quando o profissional de saúde diz utilizar esta abordagem, Funnell e Anderson (2010) identificam uma série de equívocos em relação a ela. Seguem algumas falas de profissionais de saúde, citadas por estes autores, que comprovam o desconhecimento sobre esta filosofia: meus pacientes não querem ser empoderados e/ou eles querem que eu os diga o que fazer; eu quero empoderar meus pacientes para melhorar a adesão; empoderamento significa que o paciente está fazendo tudo o que deveria; estou preocupado com a incapacidade para empoderar meus pacientes; eu não estou certo de quando usar o empoderamento;

eu apenas uso o empoderamento com alguns pacientes; é parte da minha bolsa de truques; eu nunca uso o empoderamento com pacientes recém diagnosticados; educação, baseada em empoderamento, significa que você foca somente nos problemas do paciente; eu uso a abordagem de empoderamento porque eu deixo meus pacientes comerem o que querem e ajustar suas próprias doses de insulina (Funnell e Anderson, 2010).

Os conceitos de “deixar” e “obter” originam de papéis tradicionais dos profissionais de saúde, onde o objetivo é a conformidade do paciente, isto é, a obediência. Mantém-se uma relação hierárquica, em vez de uma relação entre iguais (FUNNELL e ANDRESON, 2010). O Empoderamento é a antítese da conformidade ou cumprimento. O objetivo das intervenções baseadas no empoderamento é ajudar o paciente a aprender a pensar criticamente e a tomar decisões informadas. Os profissionais de saúde podem saber o que é clinicamente melhor para um paciente com diabetes, no entanto, isto não significa que os profissionais de saúde saibam o que é melhor para a vida das pessoas.

Existem muito mal-entendidos sobre o empoderamento, geralmente atribuídos à dificuldade de fomentar a adoção de um novo paradigma. Na maioria dos países, os profissionais de saúde são treinados e socializados a partir de uma abordagem da doença aguda. São os cinco princípios fundamentais do empoderamento:

- Os pacientes fornecem 98% de seus próprios cuidados com diabetes;
- O maior impacto na saúde e no bem-estar do paciente é resultado de suas decisões e ações de autogestão durante a conduta de sua vida diária;
- A diabetes está tão entranhada à vida do paciente que muitas, se não a maioria, das rotinas de vida diária afetam e são afetadas pela doença e pelo auto-cuidado;
- Os pacientes não podem renunciar ao controle ou responsabilidade que eles têm para a sua autogestão;
- Os profissionais de saúde não podem controlar e, portanto, não podem ser responsáveis pelas decisões de autocuidado de seus paciente (FUNNELL e ANDRESON, 2010).

Concluindo, o empoderamento é um processo que as autoras chamam de educativo, relacional e progressista, que valoriza as vivências, o modo e o contexto de vida do usuário, transformando-o num ser crítico e agente de mudança,

constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida. É para o encontro, entre profissionais de saúde e pessoas com diabetes melito, que surge o GAM, adaptado, como uma estratégia que permite aos usuários serem sujeitos/agentes/cidadãos, capazes de tomar decisões acerca da autogestão de sua doença ou problema de saúde (CUNHA, CHIBANTE, ANDRÉ, 2014).

4.3.2 Gestão Autônoma da Medicação

Em 1993, na cidade de Quebec, no Canadá, foi desenvolvida uma estratégia para resgatar a participação ativa dos usuários de saúde mental nas decisões sobre medicação, chamada de Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A discussão, que reuniu usuários e técnicos, centrou-se na partilha da significação da utilização do medicamento (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

Em 2001, foi elaborado o Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação, para usuários com transtornos mentais graves. Este instrumento deu visibilidade às múltiplas posições frente ao uso da medicação, reconheceu o direito ao consentimento livre e esclarecido para a utilização dos psicofármacos e a necessidade de compartilhar decisões. O guia extrapola a questão medicamentosa, convidando o usuário a fazer um percurso reflexivo sobre sua vida e determinar os aspectos suscetíveis de serem melhorados. O Guia canadense propõe, para aqueles que desejarem, um método de diminuição progressiva do uso da medicação, uma vez que estimula que as pessoas busquem, com quem prescreve, o acesso à informação e a ajuda necessária ao ajuste, redução e até suspensão da medicação. O Guia inclui ainda, ferramentas de auto-observação e identificação de redes de apoio, assim como traz à tona a discussão acerca da redução dos sujeitos à doença ou ao uso da medicação (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

No Brasil, o estudo da Gestão Autônoma da Medicação teve seu início a partir de uma pesquisa multicêntrica, que envolveu quatro universidades públicas, nas áreas de medicina, saúde coletiva e psicologia, sendo realizado nas cidades do Rio de Janeiro, Campinas e Novo Hamburgo (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

O Guia produzido em Quebec foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por todos os segmentos envolvidos com a pesquisa. O Guia GAM (ONOCKO CAMPOS; PASSOS; LEAL; PALOMBINI; SERPA *et al*, 2012) é uma estratégia de mudança nas relações de poder, que visa a garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas ao seu tratamento, pressupondo como fundamentais o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado. O guia formulado visa à partilha de experiências, à ajuda entre os atores, ao estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos. É uma estratégia em resposta ao baixo empoderamento e autonomia de indivíduos e grupos sociais em relação ao tratamento, à pouca apropriação de informação e centralização das decisões nos profissionais de saúde, que tornam a prática clínica vulnerável à economia de mercado. Os autores destacam a importância do protagonismo dos usuários em organizações e em movimentos de empoderamento, como possibilidade de diminuição desta vulnerabilidade (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013).

A aplicação do Guia GAM adaptado para o Brasil se fez concomitante à sua apreciação crítica, com alteração do texto a partir das sugestões feitas por usuários e pesquisadores e nos encontros multicêntricos com a participação de pesquisadores acadêmicos, trabalhadores e usuários, para a elaboração final do GAM, o GGAM-BR (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

Na saúde mental brasileira, independentemente da Reforma Psiquiátrica, a medicalização se mantém, com indivíduos usando medicamentos por tempo indeterminado, submetidos a um cuidado fragmentado, à hospitalização, que ainda é uma resposta comum, além da falta de compartilhamento das decisões com o usuário e família (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013). Na APS vivencia-se atualmente, problema parecido com as pessoas portadoras de DM2, uma vez que as respostas às necessidades de pacientes diabéticos têm sido reduzidas à renovação de receitas, a um cuidado fragmentado, à internação nas agudizações e à passividade do usuário diante de sua condição de doença. A metodologia GAM abre para uma discussão importante nas relações que se constrói na saúde hoje, entre profissionais e usuários: uma relação marcada pela hierarquia de saber, pelo esmagamento do sujeito pelo poder das instituições e dos profissionais de saúde e pela fragilidade na autonomia e empoderamento do usuário (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013).

Dentre os aspectos que dificultam o compartilhamento do cuidado, tem-se a reflexão, pelo usuário, sobre o real motivo e o sentido de frequentarem o serviço de saúde; dificuldade pelo usuário em conversar com o médico e a clareza que tem sobre o desconhecimento sobre o próprio tratamento; percepção de médicos como detentores da autoridade na relação; serviços voltados para tratar as crises deflagradas, com dificuldade para dar seguimento, promovendo longitudinalidade; a importância do trabalho ser realizado em equipe; trabalhadores não médicos com dificuldade em compartilhar o trabalho com profissionais médicos; monopólio do saber médico como uma das razões do baixo *empowerment* dos usuários em relação à própria medicação; timidez dos usuários e medo de ser maltratado; crítica à linguagem técnica e insuficiente dos trabalhadores da saúde, para sanar muitas dúvidas; predomínio do poder biomédico, com centralização do tratamento no uso do medicamento; dificuldade em reinvestir na corresponsabilização e permitir que o usuário auto administre sua medicação; usuários que ocupam a posição de sujeito com pouca voz e pouca participação no projeto terapêutico ou excluído de seu próprio direito de tratamento; percepção de acolhida e escuta nos espaços em que são garantidas a democracia institucional e a participação; pouca escuta quando se refere ao direito dos usuários, de recusa ao tratamento; impossibilidade de escolha de profissional de referência (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013).

O estudo multicêntrico revela resultados positivos da estratégia GAM, que se mostrou potente para instituir espaços de fala sobre a medicação, convocando equipes de saúde e gestores a se atentarem ao tema, ampliou a abordagem e a valorização do sujeito e de sua vida, de forma dinâmica.

O GGAM-BR deve ser entendido como um dispositivo complexo, que envolve o serviço de saúde mental como um todo, em suas várias dimensões, desde a política à gestão, ao cuidado, à ambiência e ao controle social, considerando o cuidado à saúde como processo relacional (Onocko Campos *et al*, 2012, p.11).

A estratégia GAM traz com o seu formato, uma proposta que indica, fortemente, a possibilidade de realizar uma abordagem ampliada de cuidado para a pessoa com DM2.

Um aspecto muito importante do Guia GAM original é que a partir da construção coletiva, a pessoa pode, individualmente, registrar suas percepções no seu guia. O trabalho educativo para o autocuidado, salienta a importância da

incorporação das necessidades, dos objetivos e das metas de cada pessoa da incorporação da experiência de vida de cada sujeito participante e a singularidade de cada plano de cuidado, que deve ser sempre individual e personalizado (BRASIL,2014).

5 METODOLOGIA

Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa “Avaliação da efetividade de Grupos de Gestão Autônoma do Medicamento para a promoção do autocuidado, auto monitoramento e adesão terapêutica das pessoas com hipertensão arterial e *Diabetes mellitus tipo 2*”.

5.1 DELINEAMENTO

O estudo realizado foi do tipo quantitativo, antes e depois, quase experimental. Foi feita uma intervenção, Grupos GAM, adaptado para pessoas com diabetes melito tipo 2, com pacientes do estrato três da Classificação de Risco de Mendes, Bianchini e Stummer (BRASIL, 2014b). Esta classificação considera 5 estratos, sendo o estrato 1 a situação de menor risco/vulnerabilidade e o estrato 5 a de maior, que demanda a maior concentração de atenção profissional, devendo as pessoas serem cuidadas, prioritariamente, por meio da gestão de caso. Leva em consideração o grau de severidade da condição crônica, bem como a capacidade da pessoa para realizar o autocuidado. O estrato 3 é caracterizado pelas pessoas com HAS/DM com glicemia fora do alvo, que apresentam sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham e capacidade para o autocuidado suficiente. Trata-se de um estrato intermediário, que tem como indicação de ações de saúde, a atenção individual e a atenção compartilhada em atividade de grupo (BRASIL, 2014b).

Foi aplicado para todos os participantes um questionário sócio demográfico (ABEP, 2014) (Apêndice B). Um instrumento de medida do empoderamento (ANDERSON, 2000) (Anexo B) foi aplicado antes e depois para este grupo, bem como a medida da hemoglobina glicada, única fração da hemoglobina usada como índice de glicemia média e como medida do risco de complicações. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016). Na medida que havia recusa para a participação na pesquisa, novo chamamento era realizado, sendo que em uma Unidade, todos os pacientes do extrato foram convidados, para garantir número mínimo para a atividade coletiva. Foram convidadas para participação nos Grupos GAM, adaptado para pessoas com DM2, 136 pessoas com DM2. Deste total de convites, 27 pessoas vieram ao primeiro encontro. Quando da negativa para a

participação na pesquisa, a principal justificativa relatada foi a indisponibilidade de horário do usuário, tendo em vista o trabalho, o que reduziu o número de participantes efetivos deste estudo.

5.2 CENÁRIO / LOCAL:

Este estudo foi realizado em quatro (4) das doze (12) Unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estas Unidades foram escolhidas tendo em vista a prevalência de casos de pacientes com DM2. Uma das Unidades entrou fora deste critério, pelo interesse da pesquisadora em desenvolver a pesquisa em seu campo de trabalho.

5.3 POPULAÇÃO:

Os participantes da pesquisa foram usuários das Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) pertencentes ao estudo de coorte “Avaliação da Atenção à Saúde em Hipertensão Arterial e *Diabetes mellitus* tipo 2 na Atenção Primária” (Baldisserotto J, Kopittke L, Nedel FB, 2016) e que estavam classificados como não controlados para DM2, ou seja, Estrato 3. A escolha deste estrato objetivou homogeneizar a amostra. Todos participantes tinham idade maior que 18 anos.

5.4 AMOSTRA:

A amostra compreendeu usuários cadastrados no Programa de diabetes no Sistema Informatizado na Gerência de Saúde Comunitária do GHC (SIS-SSC) e que estavam classificados como estrato 3 da Classificação de Risco de Mendes, Bianchini e Stummer (BRASIL, 2014b). Com vistas a identificar o interesse dos usuários em participar deste estudo, foi realizada busca ativa, através de contato telefônico e/ou visitas domiciliares. Aqueles que responderam de forma positiva ao convite para participar deste estudo foram convidados a participar de uma reunião (em cada Unidade participante), momento em que foi explicada, formalmente, a proposta do estudo. Foi entregue um convite, no domicílio, para este primeiro encontro, pelas Agentes Comunitárias de Saúde das Unidades. A amostra foi

dividida de modo que cada grupo de intervenção fosse composto por até dez usuários.

Para tanto, foram estabelecidos os valores usuais de 95% de confiança ($\alpha = 0,05$), poder de 80%, uma diferença absoluta de 0,16, da subescala I, da Escala de Empoderamento para o diabetes, de antes para depois da intervenção (grupos GAM), com desvio-padrão de 0,43. O cálculo do tamanho amostral foi feito utilizando-se o Programa WinPepi, Versão 11.61, e resultou em $n=64$ usuários considerando aqueles com diabetes não controlados, do estrato 3, registrados no Sistema de Informação do SSC.

5.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO:

Foram participantes desta pesquisa aqueles com idade igual ou superior a 18 anos; diagnosticados com diabetes melito tipo 2, não controlados (glicemia superior à 110mg/dL, hemoglobina glicada superior à 7%); que tiveram interesse em participar da pesquisa, demonstrado com sua identificação como sujeito da pesquisa, e devida assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estes usuários pertenciam à área adscrita às unidades de saúde participantes da pesquisa. Não foram considerados participantes deste estudo, os usuários que não atendiam a estes critérios e os que não aceitaram participar do estudo, com recusa de sua identificação como sujeito da pesquisa, e devida assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.6 COLETA DOS DADOS/INFORMAÇÕES:

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição proponente, Grupo Hospitalar Conceição, sob o número 004342/2015 (Anexo A).

Antes de iniciar os grupos nas US, o projeto desta pesquisa foi apresentado, com objetivos, questões éticas e proposta para cada encontro, na reunião semanal do Colegiado de Gestão, da Gerência da Saúde Comunitária do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC. Após ser aprovada pela gestão do SSC, foi agendada uma reunião com os Coordenadores do Programa Hiperdia, das quatro Unidades

participantes¹. Depois deste encontro com os coordenadores locais, foi agendada uma reunião com representantes das equipes onde a pesquisa seria desenvolvida, com o intuito de apresentar a estratégia GAM adaptada para pessoas com DM2, bem como seus objetivos, os instrumentos de coleta de dados sócio demográficos (Apêndice B), de medida do empoderamento (Anexo B) e realizar as combinações para a execução do estudo. Além disto, foi o momento para identificação dos parceiros que realizariam os grupos. Com a lista de potenciais participantes da pesquisa, cada equipe revisou a estratificação, uma vez que havia pacientes não diabéticos incluídos no Estrato 3, alguns usuários já não mais residiam na área de abrangência da Unidade ou que não apresentavam capacidade para o autocuidado. Feita esta revisão, os usuários aptos a participar dos grupos foram contatados por telefone ou por visita domiciliar e convidados a comparecer à UBS de referência para que o estudo lhes fosse explicado. O aceite para a participação da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o levantamento dos dados relativos às informações sócio demográficas e a aplicação do instrumento de medida, a Escala de Empoderamento para o diabetes, foi feita através de entrevista, em geral, nas salas de grupos das Unidades de saúde. Estes foram preenchidos no primeiro encontro, pelos facilitadores dos grupos.

A Escala de Empoderamento: “*The Diabetes Empowerment Scale*” (ANDERSON et al., 2003) apresenta uma versão traduzida e adaptada para português de Portugal por Coimbra e Cunha (2011). Para este estudo utilizou-se a adaptação cultural e validação do *Diabetes Empowerment Scale*, usada na pesquisa de Costa (2014), por se tratar da tradução da escala completa. Inclui 28 questões, avaliadas numa escala tipo Likert (de 1 a 5 pontos) e constituída por três subescalas, as quais avaliam a gestão dos aspetos psicossociais da diabetes, a insatisfação/prontidão para a mudança e a capacidade de estabelecer e alcançar metas na diabetes.

Foi aplicado a todos participantes um questionário com dados sócio-demográficos para caracterização da amostra. Foi utilizado o Critério de

¹ No SSC, cada Unidade de Saúde tem um profissional da saúde, responsável pela coordenação e pelo monitoramento do Programa Hiperdia (de pessoas com hipertensão e diabetes).

Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2014). Este critério utiliza um sistema de pontos relacionados às variáveis para segmentação por poder aquisitivo.

Utilizou-se o Guia GAM, adaptado para pessoas com DM2, em todos os oito encontros. Com o intuito de criar um alinhamento do processo do grupo em cada uma das Unidades, construiu-se um Guia do facilitador da pesquisa para moderação do grupo GAM (Produto 7.2). Pesquisando mais sobre o GAM-BR, verificou-se que a equipe da pesquisa multicêntrica brasileira, desenvolveu em 2014 um “*Guia do Moderador: Gestão Autônoma da Medicação/ Gestão Autônoma da Medicação: guia de apoio a moderadores/ Um guia para apoiar o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos*”. Este guia é um material mais robusto, comparado ao guia do facilitador, produzido para esta pesquisa. O primeiro aproxima o moderador do que é a Gestão Autônoma da Medicação, sua história no Canadá e no Brasil, seus princípios básicos de autonomia de cogestão, como formar e moderar o grupo GAM e como utilizar o guia. Como foi colocado anteriormente, este Guia do facilitador da pesquisa para moderação do grupo teve a intenção de alinhar o processo grupal. A cada encontro havia a predominância de um assunto da saúde, que perpassou as questões referentes: à vida das pessoas, à doença, à dieta, aos marcadores laboratoriais para controle da diabetes melito, ao uso do medicamento (características, função, receita, bulas, efeitos terapêutico e indesejável, interações, contraindicações), a laudos e atestados, aos direitos do paciente, à rede de apoio para o cuidado, à realização de atividade física, aos cuidados com o pé diabético, ao autocuidado.

Após esclarecimento para os participantes, sobre a pesquisa, foram apresentados: calendário proposto, datas e local onde aconteceriam os grupos. Foram realizados encontros semanais, em um período de 8 semanas, com duração de 1 hora e 30 minutos cada um. Durante os encontros, os usuários participantes do grupo construíram, com o suporte do Guia GAM, adaptado para pessoas com DM2, um registro pessoal composto por ferramentas de auto-observação e de identificação de redes de apoio para contribuir na (re)apropriação do poder de autocuidado do usuário. Reforça-se que esta estratégia já está validada e é utilizada para pacientes de saúde mental (ONOKO et al., 2012).

Observou-se que cada uma das unidades do SSC/GHC tinha características sócio demográficas próprias. Portanto, a dinâmica dos encontros dos grupos respeitou a singularidade de cada local levando em consideração os seguintes aspectos: vínculos social/relacional e de pertencimento, redes de apoio formal e informal, condições/estilo/modos de vida, condições para exercer auto-cuidado, direitos dos usuários à saúde, compreensão de sua condição crônica, proposta terapêutica farmacológica.

No último encontro, como no primeiro, foi aplicada a Escala de Empoderamento para o diabetes, levando em consideração os seguintes aspectos referentes aos usuários: condições para exercer auto-cuidado, compreensão de sua condição crônica e proposta terapêutica farmacológica, a fim verificar possíveis modificações na compreensão dos usuários.

No último grupo, foi acordado com os participantes um reencontro, que aconteceu num período de três a quatro meses, após se finalizar a estratégia do Guia GAM, adaptado para pessoas com DM2, para solicitação da hemoglobina glicada. Neste encontro, foi feito um resgate dos temas trabalhados nos oito encontros, bem como uma conversa sobre as metas combinadas no último encontro relacionadas a mudanças realizadas no estilo de vida, após o término do Grupo.

Para verificar se a participação no grupo gerou um maior controle do diabetes, foram realizadas 02 medidas de hemoglobina glicada, para o grupo que participou da intervenção. Estas medidas aconteceram no primeiro encontro e três meses após esta coleta. Os pacientes foram encaminhados para a coleta deste exame para o laboratório do Hospital Nossa Senhora Conceição.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS/INFORMAÇÕES:

Os dados demográficos foram analisados por análise descritiva simples. Os testes estatísticos de comparação entre proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram baseados em aproximação da distribuição normal. As pessoas que não compareceram às coletas foram consideradas como “não controladas”.

Os dados foram processados e posteriormente analisados no programa SPSS, versão 16. Foi utilizado o teste *t-Student*, através do qual, verificou-se que as variáveis apresentavam distribuição normal, exceto em relação à ABEP e a escolaridade, para os quais utilizou-se teste não paramétrico, correlação de Spearman. Para avaliar a normalidade das variáveis foi realizado o teste de Shapiro-wilk. Foi calculado o Delta, considerando a diferença de antes e depois da Escala Global de Empoderamento para o diabetes. Para a avaliação dos resultados de hemoglobina glicada foi utilizado o parâmetro recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, que define como meta terapêutica o valor em torno de 7,0% em adultos, sendo entre 7,5 e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016).

5.8 ADAPTAÇÃO DO GUIA GAM

O Guia GAM é uma estratégia pensada, originariamente, para pacientes da saúde mental, e para seu uso em pessoas com diabetes melito tipo 2, foi necessária a adaptação do guia.

Tendo em vista a especificidade do DM2, o Guia GAM foi adaptado (Produto técnico 6.1), na intenção de garantir uma abordagem educativa, que busca construir, de forma compartilhada, ações sustentadas pelos sete padrões necessários para o autocuidado, estabelecidos pela *American Association of Diabetes Educator*, quais sejam: a incorporação de atividade física no estilo de vida; a incorporação do manejo nutricional; a monitorização e interpretação da glicemia, bem como de outros parâmetros e o uso destes resultados para a tomada de decisões; o uso seguro da medicação prescrita; a prevenção, detecção e tratamento das complicações agudas e outros problemas; o desenvolvimento de estratégias personalizadas para acessar problemas psicossociais; e a prevenção, detecção e tratamento de complicações (BRASIL, 2014).

Uma versão preliminar, para teste, foi adaptada, por três profissionais de saúde (1 farmacêutica, 1 enfermeira e 1 médico), juntamente com duas residentes da Residência Integrada em Saúde do GHC (1 farmacêutica e 1 assistente social) e utilizada no projeto piloto, que aconteceu em uma das Unidades de Saúde, do

Serviço de Saúde Comunitária, em 2015. Nesta versão, as modificações estavam relacionadas, principalmente, às especificidades que tratavam da saúde mental.

Na medida em que os encontros aconteciam, registros sobre a estratégia e necessidades de novas alterações no texto ou dinâmicas do guia foram feitos, bem como, uma avaliação final junto aos usuários participantes.

Para esta pesquisa, nova adaptação foi realizada e contou com a contribuição de 1 enfermeira, 1 farmacêutica e 1 médica. Este processo aconteceu antes do início dos grupos, quando foi feita uma primeira versão do Guia GAM, adaptado para pessoas com DM2.

Sobre as adaptações feitas, em relação ao guia original, o título do Guia foi mantido 'Gestão Autônoma da Medicação', sendo retirado o subtítulo 'Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos' que foi substituído por 'Guia Adaptado para o cuidado compartilhado de medicamentos usados no Diabetes mellitus tipo 2'.

O Guia Gam brasileiro, referência originária para o Guia utilizado neste estudo, traz em seu início uma introdução, chamada '*Para começo de conversa*', que contextualiza um pouco a criação dos CAPS, a partir da Reforma Psiquiátrica, bem como, uma questão direcionada para este tema. Foi feita a substituição do texto específico para a saúde mental, por um texto que traz o diabetes como um problema de saúde muito frequente e a pergunta inicial, também foi modificada, voltada para esta doença.

O item 'Continuando a conversa' foi mantido original, com retirada de algumas falas de pacientes. Na 'Parte Um', nos subtítulos 'Sua qualidade de vida' e 'Primeiro Passo- Conhecendo um pouco sobre você' foram mantidos o texto e as perguntas originais.

'Segundo passo – Observando a si mesmo: parte do texto foi mantida e as questões que se referiam aos medicamentos para dormir e ao uso concomitante de antidepressivo e calmante, foram substituídas por aquelas que referem medicamentos para baixar o açúcar.

No capítulo 'O seu dia a dia', foram mantidas as questões originais.

Em 'As pessoas à sua volta', foram mantidas as questões originais, com pequena adaptação no texto que antecede o mapa da rede social. No guia adaptado, houve mudança também na ordem deste capítulo, que passou a ser posterior, seguido pela construção da agenda da rede de apoio.

Em 'Sua Saúde', foram mantidas as questões referentes a como está a saúde e em que pontos a saúde é boa ou não é boa. Foram incluídas questões referentes ao diabetes, ao controle do diabetes, aos exames diagnósticos e de controle, além de perguntas referentes à alimentação.

No capítulo 'Sua medicação', as questões foram mantidas na sua originalidade, apenas foi substituído o termo 'medicamentos psiquiátricos' por medicamentos para diabetes. Foram, ainda, retiradas as razões pelas quais os participantes de grupos GAM usavam os medicamentos psiquiátricos.

Em 'Os efeitos de sua medicação', as nove questões foram reduzidas a: Quais são os efeitos que você percebe ao tomar cada medicamento? Além disto, esta parte do guia foi incluída no passo seguinte, 'Terceiro passo- Conversando sobre os medicamentos'. As narrativas de usuários citadas neste subitem, também foram retiradas, tendo em vista as especificidades originais de saúde mental.

No 'Terceiro passo', o item 'Ampliando sua autonomia' foi colocado em nova sequência no guia para pessoas com diabetes, como o 'Quarto passo', sendo iniciado com a questão: O que você precisa para viver? Foi suprimido o texto introdutório do subitem 'Ampliando a sua autonomia'. Mantido o texto com os conceitos de liberdade, pertencimento, reconhecimento e sentir-se útil.

Em 'Redes de Apoio', foi mantida a escrita do guia original, com supressão do ponto que referia experiências de uma paciente da saúde mental. Foram mantidos o círculo de recursos, bem como as questões referentes a ele.

No capítulo 'Apoio nas horas difíceis' foi mantido o texto original, com supressão do recurso CAPS. A construção da agenda da rede de apoio, no guia utilizado com

os pacientes diabéticos, foi reposicionada no guia, após o subitem 'As pessoas à sua volta'.

Em 'Os direitos de quem faz tratamento', houve substituição do termo tratamento em saúde mental, por tratamento do diabetes e mantido o texto original. Foram mantidas, exatamente, como foram escritos no GUIA-BR: questões sobre os direitos do usuário e o texto sobre os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde. Foram suprimidos, no guia utilizado pelos pacientes com diabetes, os trechos que se referiam à internação e os direitos dos usuários da saúde mental em relação a ela. Foi mantida a última pergunta desta parte do guia, sobre a experiência do usuário.

'Laudo e atestados': neste capítulo, houve adaptação do texto inicial, para o contexto da pessoa com diabetes, bem como nas referências dos documentos onde conseguir mais informações sobre os direitos ao tratamento.

'Quarto passo – Conversando sobre os medicamentos psiquiátricos', no guia para diabéticos, ficou na sequência como Terceiro passo – Conversando sobre os medicamentos. Foram feitas algumas pequenas mudanças na escrita, que manteve o texto quase na sua originalidade e mantida a tabela sobre os medicamentos. Mudança no texto ocorreu quando se abordou os medicamentos mais comumente usados, suprimindo 'em psiquiatria' e incluindo 'em diabetes'. Logicamente, dando sequência, elaborou-se um texto sobre os hipoglicemiantes orais e insulinas, suprimindo-se antidepressivos, estabilizantes do humor, neurolépticos, antiparkinsonianos e ansiolíticos. Foi mantido o quadro para registro, pelo usuário, das descobertas sobre a função dos medicamentos.

Em 'Receitas', suprimiu-se os esclarecimentos sobre os tipos de receitas utilizadas nas prescrições dos psicotrópicos e foi escrito um texto que esclarece sobre a importância da receita e sua validade, sobre a retirada gratuita de alguns medicamentos na rede pública, sobre as Farmácias Populares e sobre a rede privada.

Em 'Bulas', foi suprimido o trecho que faz menção ao medicamento indicado para epilepsia, que a priori, não tem indicação para um paciente diabético.

No capítulo 'Efeitos', foi mantida a pergunta que introduz este capítulo. Foram suprimidas as narrativas de usuários escritas no guia original. Foi mantido o conceito de efeito terapêutico e efeito indesejável, com mudança nos exemplos, para a realidade de pacientes com diabetes. Além de ser mantido o quadro para registro, pelo paciente, no que o medicamento ajuda, no que atrapalha ou se não há percepção sobre estes efeitos.

No capítulo 'Perguntas frequentes' foi mantido na originalidade todo o texto passível de leitura e de discussão para a pessoa com diabetes. Suprimido na segunda questão o exemplo de alguns medicamentos que podem provocar tremor antes de acalmar as vozes e o termo psiquiátrico, no parágrafo seguinte, uma vez que estes não se aplicam ao público atual do grupo proposto para este estudo. Retiradas também as questões sobre o tempo que cada medicamento costuma levar para fazer efeito e o tempo que permanecem no corpo. Foram feitos os devidos ajustes nas questões seguintes, para as pessoas com diabetes, principalmente pela alteração do exemplo, que responde às perguntas. Foi mantido o quadro alertando os pacientes que o aumento, a diminuição ou a suspensão da medicação não deve ser feita sem motivo e que ele deve procurar o profissional de sua confiança. O quadro sobre doses mínima, máxima e de uso pelo paciente, foi suprimido do guia adaptado, utilizado nesta pesquisa.

Em 'Interações e Contraindicações, no subitem, 'Interações', foi mantido, na originalidade, o texto do GAM-BR, com alteração dos exemplos de interações, para medicamentos utilizados para o tratamento do DM2. Foi suprimido o parágrafo que traz as interações com substâncias psicoativas, tendo em vista não ser o mais comum em pessoas com diabetes. No subitem 'Contraindicações', mantido o texto original com mudança dos exemplos de contraindicações absolutas e relativas de medicamentos psicotrópicos, para as contraindicações referentes à Glibenclamida. Algumas alterações foram realizadas no item 'Onde conseguir informações'.

Na 'Parte Dois – Um caminho para mudanças' e no 'Quinto passo – Por onde andamos', foram mantidos o texto, bem como as questões. Em 'A escolha em participar mais ativamente no tratamento', retirou-se alguns sintomas mais específicos da saúde mental, quais sejam: aflição, ansiedade, pânico e vozes. Em 'Respeitando o que você sente' manteve-se o texto e a questão originalmente,

suprimindo-se o trecho que refere a equipe que acompanha o paciente no CAPS, mantendo-se na Unidade Básica de Saúde.

O guia utilizado nos grupos de pessoas com DM2, tem seu final com o item 'Formas de tratamento além da medicação', onde foi mantido o texto do guia original, com as devidas modificações para o trabalho com pacientes diabéticos.

O 'sexto passo – Planejando nossas ações', bem como as informações do final do guia original, foram retiradas do guia. No entanto, foram trabalhadas quando os usuários construíram planos de cuidados individuais. Inicialmente, fez-se um diálogo sobre as necessidades de cuidados das pessoas com diabetes, onde cada participante, resgatou de sua vivência e das conversas no grupo os principais problemas enfrentados no cuidado com o diabetes. Listados os problemas coletivos, cada participante, em registro individual, elencou suas prioridades e, criticamente, estabeleceu sua meta de mudança relacionada ao estilo de vida. A elaboração, apesar de ser individual, contou com uma interação importante entre os sujeitos. A partir da meta, cada pessoa pensou e compartilhou com o grupo as ações que poderiam ser transformadoras da sua realidade. Foi agendado um encontro para seguimento, quando seria solicitada a segunda coleta da hemoglobina glicada, para conversar sobre o plano individual. Este encontro proporcionou que cada pessoa pudesse fazer um resgate e uma análise de seu percurso, com os avanços e desafios referentes ao cuidado.

Acredita-se que as informações finais do GUIA-BR original possam, no caso de pessoas com DM2, serem transformadas em momentos de manutenção do processo educativo, trabalhando-se temas sobre o cuidado, de forma mais aprofundada.

Questões referentes aos cuidados com o diabetes, como alimentação, prática de atividades físicas, para além do uso da medicação são fundamentais, quando se trabalha com pacientes diabéticos. Estas foram construídas de forma participativa ao longo dos grupos. A cada encontro, era repensado o guia, com base nas discussões e demandas dos participantes, sobre temas e questões, o que foi registrado na ata. A partir destes registros, pensa-se numa revisão e nova adaptação do guia.

Em todos os encontros houve o uso do Guia GAM, adaptado para pessoas com diabetes melito tipo 2. Ao final da pesquisa, foi feita uma avaliação dos temas abordados, bem como, da estratégia GAM, em cada um dos quatro grupos realizados. A GAM, enquanto estratégia pedagógica foi avaliada positivamente pelos participantes da pesquisa e novas sugestões para melhoramento da adaptação foram feitas. Para novos grupos, pensa-se já se utilizar a segunda versão.

6 REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. **Diabetes Care**, 2002 Jan; 25 (suppl 1): s28-s32.

ANDERSON, R M et al. Evaluating the Efficacy of an Empowerment-Based Self-Management Consultant Intervention: Results of a Two-Year Randomized Controlled Trial. **The Patient Educ.**, 2009 Jun 1; 1(1): 3–11.

ANDERSON, R. M. et al. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. **Diabetes Care**. V. 23, nº 6, Junho 2000.

Anderson, RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. **Diabetes Care**. 2000 Jun; 23 (6):739-43.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). 2014. www.abep.org. Acessado em 30 de junho de 2017.

BALDISSEROTTO J, KOPITKE L, NEDEL FB, et al. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population: a cross-sectional study in primary health care in Brazil. **BMC Public Health**. 2016;16: 573.

BARRETO et al. Contextualização histórica, enfoques e tendências pedagógicas em educação em saúde. In: **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Org. Bruce B. Duncan et al. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 98-107

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Manual para elaboração de relatório técnico-científico**/ Izabel Alves Merlo, Luciane Berto Benedetti, Marta Helena Buzati Fert. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2011. 53p

COSTA, D V P. **Empoderamento na educação em grupos de diabetes na atenção primária à saúde**. 2014. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 19 de março de 2014.

CUNHA M, André S, GRANADO J, ALBIQUERQUE C, MADUREIRA A. Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. **Procedia: Social and Behavioral Sciences**, 2015 Jan; 171, p. 289-93.

CUNHA M, CHIBANTE, R e ANDRÉ, S. Suporte social, empowerment e doença crônica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, ESPECIAL 1, 2014. p. 21-26.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987

FREIRE, P. Educação, empoderamento e libertação. In: FREIRE, A. M. A. (Org). **Pedagogia dos sonhos possíveis**. 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p. 73-76

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido, trinta anos depois. In: FREIRE, A. M. A. (Org). **Pedagogia dos sonhos possíveis**. 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p. 259-268

FREIRE, Paulo. Conscientização: teoria e prática da libertação – Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e ousadia – o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FUNNELL, M M e ANDERSON, R M. Patient empowerment: Myths and misconceptions. **Patient Education & Counseling – The leading International Journal for communication in healthcare**. University of Michigan Medical School, Department of Medical Education, Ann Arbor, USA., vol 79, Issue 3. P. 277-282, June, 2010.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. e LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 358-65.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T.B. e MERHY. E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.13-67.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender a reestruturações produtivas do setor saúde. In: FRANCO, T.B. e MERHY. E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.95-108.

ONOCKO CAMPOS, R T; CAMPOS, G W S. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (Org). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. P. 719-738.

ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al*. Adaptação multicêntrica do guia para gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. v.16, n.43, p. 1-14, 2012.

ONOCKO CAMPOS, RT, PASSOS, E, LEAL, E, PALOMBINI, A, SERPA, O. **Guia da gestão autónoma da medicação – GAM**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

ONOCKO CAMPOS, RT *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciências e Saúde Coletiva**, 18 (10), p. 2889-2898, 2013.

PEREIRA, A L F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (5), p. 1527-1534, 2003.

ROSSI VE, PACE AEE, HAYASHIDA M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciênc Prax**, 2009; 2 (3): 41-6.

SHIU AT, WONG RY, THOMPSON DR. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. **Diabetes Care**, 26 (10): p. 2817-21, 2003.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015/2016**. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p

Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc Saúde Colet.**, 2012; 17 (11): 2923-30.

TOL A, BAGHBANIAN A, MOHEBBI B *et al.* Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. **J Diabetes Metab Disord**, 12, 6, 2013.

TOL, A, Shojaezadeh D, SHARIFIRAD G, ALHANI F, TEHRANI MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. **J Pak Med Assoc**, 2012 Jan; 62 (1): 16-20.

TORRES HC, PACE AE, STRADIOTO MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com Diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enferm** 2010 Jan/Mar; 15 (1): 48-54.

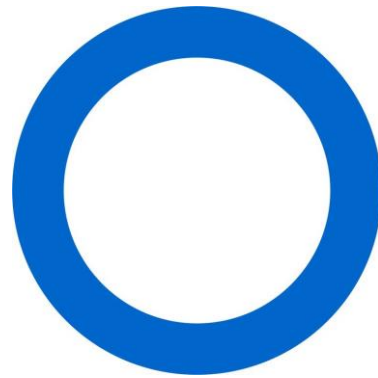
7 RESULTADOS: PRODUTOS DA PESQUISA

Como produtos desta pesquisa, seguem:

1. Guia GAM- Gestão autônoma da medicação - Guia adaptado para o cuidado compartilhado de medicamentos usados no diabetes melito tipo 2;
2. Guia do Facilitador, que descreve os passos para o desenvolvimento dos grupos GAM;
3. Artigo científico com resultados e discussão deste estudo.

7.1 GUIA GAM – GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO - GUIA ADAPTADO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO DE MEDICAMENTOS USADOS NO Diabetes *mellitus*

GAM



Gestão Autônoma da Medicação

Guia adaptado para o cuidado
compartilhado de medicamentos usados
no Diabetes *mellitus*

Este Guia pertence a: _____

B823g Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária
GAM – Gestão Autônoma da Medicação: guia adaptado para usuários com Diabetes Mellitus; organização de Luciane Kopittke, Fernanda Miranda Seixas Einloft, Aguida Luana Veriato Schultz, Margarita Silva Diercks, Claunara Schilling Mendonça. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017.
36 p.

ISBN 978-85-61979-28-7

1. Saúde Pública - Atenção Primária - Diabetes Mellitus - Medicamentos. 2. Kopittke, Luciane, Org. 3. Einloft, Fernanda Miranda Seixas, Org. 4. Schultz, Aguida Luana Veriato, Org. 5. Diercks, Margarita Silva, Org. 6. Mendonça, Claunara Schilling. Org. I. Título.
CDU 614(81):616.379-008.64(036)

Ficha catalográfica elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	49
PARA COMEÇO DE CONVERSA:	49
CONTINUANDO A CONVERSA.....	50
PARTE UM.....	52
SUA QUALIDADE DE VIDA	52
PRIMEIRO PASSO - CONHECENDO UM POUCO SOBRE VOCÊ	52
SEGUNDO PASSO - OBSERVANDO A SI MESMO.....	53
O SEU DIA A DIA	54
SUA SAÚDE	55
SUA MEDICAÇÃO	57
TERCEIRO PASSO- CONVERSANDO SOBRE OS MEDICAMENTOS	59
RECEITA	62
A BULA.....	63
EFEITOS.....	63
PERGUNTAS FREQUENTES	66
INTERAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES	68
ONDE CONSEGUIR INFORMAÇÃO:	70
QUARTO PASSO - AMPLIANDO A SUA AUTONOMIA	71
REDE DE APOIO	72
OS DIREITOS DE QUEM FAZ TRATAMENTO.....	77
LAUDOS E ATESTADOS	80
PARTE DOIS.....	82
UM CAMINHO PARA MUDANÇAS.....	82
QUINTO PASSO: POR ONDE ANDAMOS... ..	82

APRESENTAÇÃO

Para começo de conversa:

O diabetes é um problema de saúde muito frequente, que precisa de vários cuidados ao longo da vida. Muitos diabéticos são também hipertensos precisando acompanhamento para as duas doenças.

Uma parte importante do tratamento é a medicação. Várias pesquisas mostram que muitas pessoas não sabem quais remédios estão usando, também não estão conversado sobre os efeitos indesejáveis destes e ainda há pessoas que estão usando medicação desnecessária. Algumas pesquisas mostraram que a oferta de tratamento para o diabetes é, muitas vezes, apenas oferta de medicamentos. Essas pesquisas revelaram que muitas pessoas param de tomar seus medicamentos por sua própria conta e, em sua grande maioria, acabam piorando e necessitando ser mais medicadas do que antes.

Esses resultados nos fazem pensar na importância de conhecer as experiências e o saber das pessoas quanto ao impacto do diabetes e dos medicamentos sobre suas vidas.

Vamos conversar: Para você o que é diabetes?

Nos últimos vinte anos, os serviços alternativos de saúde mental do Quebec (Canadá), propuseram uma nova prática: abriram um espaço de fala a respeito da medicação nos serviços e criaram um Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), que se destina a ajudar as pessoas a refletir sobre o uso de medicamentos, para melhorar a qualidade de vida. Este Guia GAM foi então adaptado à realidade brasileira, por pesquisadores da UNICAMP, UFRJ, UFF, UFRGS e trabalhadores e usuários de Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Novo Hamburgo/RS. A partir desta ideia, resolvemos adaptar este Guia da Gestão Autônoma da Medicação (guia para o cuidado compartilhado de

medicamentos psiquiátricos)ⁱ para usuários da Atenção Primária em Saúde, que tem diagnóstico de diabetes.

Os medicamentos têm sido a forma mais utilizada de tratar os problemas relacionados a diabetes, mas não é a única. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem como objetivo possibilitar que as pessoas tenham autonomia para negociar ativamente os medicamentos que lhes façam bem, assim como, acessar outras formas de tratamento.

Quando falamos em Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) nos referimos a que pessoas com diabetes participem e decidam sobre o seu tratamento.

A proposta de trabalho do guia, em espaços de grupo, parte, justamente, do entendimento de que autonomia não se constrói de maneira solitária, mas sim na relação com o outro.

Continuando a conversa...

Se você participa do grupo que está lendo este Guia, é porque já se perguntou sobre diabetes, sobre os medicamentos que usa e os efeitos que eles produzem em sua vida. Essas perguntas são muito importantes e merecem atenção, pois fazem parte do processo para se obter mais conhecimento e autonomia.

A gestão autônoma da medicação é um processo de aprendizado, que questiona, de forma respeitosa, suas necessidades e vontades em relação aos medicamentos que você utiliza. Você deve se sentir à vontade para usar este Guia do seu jeito, envolvendo as pessoas e recursos que podem lhe apoiar nessa caminhada.

O simples ato de realizar perguntas a respeito dos seus problemas de saúde, dos seus medicamentos, de seus efeitos e do papel deles em sua vida pode criar insegurança e ansiedade. Mas compartilhar com outras pessoas esse processo pode lhe fortalecer e aumentar sua autonomia, ajudando a valorizar os seus potenciais.

“Uma parte do tratamento é medicação, mas outra parte do tratamento depende de nós” (Fala de usuário participante do grupo GAM)

Conversar sobre medicação não é tão complicado
quanto parece, quando se tem o apoio de mais
pessoas

Pessoas que participaram dos primeiros grupos GAM no Brasil deram seus depoimentos sobre como foi:

“Em muitos lugares, diziam que eu era mudo; mas não, era porque eu não queria falar. [...] Eu aprendi muita coisa com o GAM, de eu mesmo poder explicar as coisas pras pessoas. Coisas que eu não fazia, hoje eu sei explicar e eu me sinto bem. Antes, quando falavam alguma coisa comigo, não tinha explicação e eu já partia para a ignorância. Hoje não, eu sento, converso, estão ali me perguntando e eu estou respondendo. ”

“Pra mim ajudou na autoestima e na confiança. No caso, eu queria me esconder das outras pessoas, eu me trancava, me bloqueava. Certas vezes, eu não conseguia falar pras outras pessoas. Eu tinha medo. Então o GAM me ajudou nisto, a levantar minha auto- estima e minha confiança. ”

“No GAM, você aprende a se familiarizar com a medicação, a falar com o médico e conhecer um pouquinho mais sobre o tratamento e tornar as coisas mais claras. Acho que isso é bom. ”

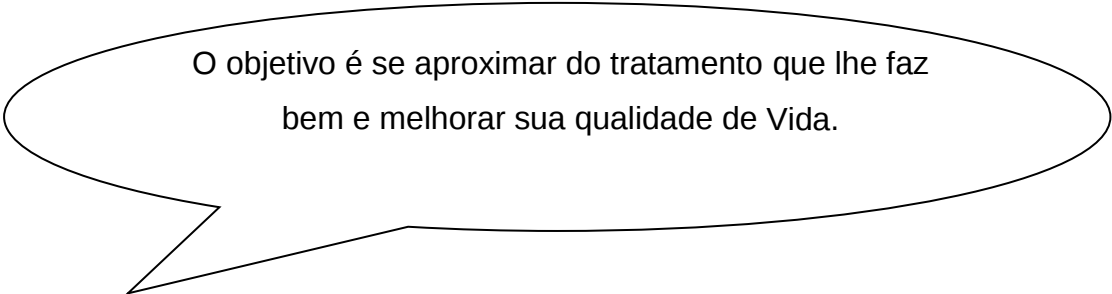
“Não imaginava que ia ser tão prazeroso, que eu ia aprender tantas coisas. Inclusive, quando eu tenho dúvidas, eu pego o guia GAM e dou uma lida. Não em tudo, mas nas coisas que eu mais tenho dúvida. ”



PARTE UM

Sua Qualidade de Vida

Existem diversos caminhos para melhorar sua qualidade de vida. O importante é conhecer alguns pontos básicos e adaptá-los para a sua própria situação. É para isto que serve o Guia de Gestão Autônoma da Medicação.



O objetivo é se aproximar do tratamento que lhe faz bem e melhorar sua qualidade de Vida.

PRIMEIRO PASSO - Conhecendo um pouco sobre você

Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?

Como as pessoas que lhe conhecem costumam apresentar você?

Você percebe diferenças na maneira como você se apresenta e como os outros apresentam você?

“Eu sou uma pessoa, não uma doença” ⁱⁱ



O que você pensa sobre esta frase?

SEGUNDO PASSO - Observando a si mesmo

Para tomar um medicamento é importante conhecê-lo. Para a Gestão Autônoma da Medicação é preciso entender por que um remédio está sendo receitado, conversar sobre seu uso, seus efeitos e a vontade de tomá-lo ou não. Para manter, aumentar, diminuir ou trocar o medicamento, com o objetivo de melhorar o bem-estar, é preciso ter informações a respeito e chegar a uma decisão conjunta com o seu médico e demais profissionais da equipe de saúde.

Como conversar com a equipe de saúde sobre isso? Por exemplo, se você toma um medicamento para baixar o açúcar, mas ele não baixa, qual o propósito de tomá-lo? Quando sente que o açúcar baixou muito, para de tomar o medicamento para não ter mais tontura e mal-estar? Se você toma outros medicamentos haverá outros efeitos.

As perguntas nas páginas seguintes irão ajudar a analisar a sua vida em diferentes aspectos: a medicação é um deles, mas todos são importantes. Vamos dar uma olhada nisso?

O seu dia a dia

Como é o seu dia-a-dia?

Quais as coisas que você gosta no seu cotidiano? O que você gosta de fazer?

O que você gostaria de mudar na sua rotina?

O que você gostaria de poder fazer e não faz?

Como você cuida de si mesmo?

Você trabalha? Qual a importância do trabalho na sua vida?

Você recebe algum dinheiro? Como?

É você que cuida do seu dinheiro? Como?

O que você acha do lugar onde vive? Como você cuida dele?

<i>Sua Saúde</i>

O que é diabetes?

Como você mede/monitora seu diabetes?

Qual a diferença entre glicemia de jejum e hemoglobina glicada?

Como está a sua saúde?

Em quais pontos sua saúde não é boa?

Em quais pontos sua saúde é boa?

Como é sua alimentação?

Quais os cuidados com sua alimentação?

Quais as dificuldades que você tem para cuidar de sua alimentação?

Sua medicação

Por que começou a tomar medicamentos para o diabetes? Há quanto tempo?

Os medicamentos tiveram o efeito que você estava esperando? Quais foram?

Os efeitos dos medicamentos foram explicados a você? Conte como foi.

Você teve escolha em tomá-los ou não?

Você sabe por quanto tempo vai precisar tomar seus medicamentos? Você sabe por que esse tempo?

Você pode imaginar sua vida sem medicação?

Você já tentou mexer na medicação por conta própria?

Há falta de medicamentos na rede de saúde da sua cidade? Se sim, que estratégias você utiliza para lidar com a falta?

Como as pessoas à sua volta reagiram ao fato de você tomar medicamentos para o diabetes? Como elas lidam com isso?

Além dos medicamentos, você teve acesso a outras formas de tratamento? Quais? Você sabe por quê?

Quais os efeitos que essas outras formas de tratamento tiveram para você?

TERCEIRO PASSO- Conversando sobre os medicamentos

Depois de se conhecer melhor, é hora de conversar sobre os medicamentos que você usa.

Um passo muito importante é você saber o nome dos medicamentos que toma, a hora de tomá-los e a quantidade. Isso será fundamental no momento de você conversar com o médico, enfermeiro, farmacêutico ou com os demais profissionais da equipe de saúde.

Não deixe de exercitar a sua curiosidade e pesquisar sobre os seus medicamentos.

Como você descreve a experiência diária de tomar medicamentos?

A seguir, você encontra uma tabela que serve para organizar estas informações. Para completá-la, leia a receita da última consulta. Se for preciso, peça ajuda a alguém próximo.

Nome do remédio	Aparência do remédio (por exemplo: comprimido azul, cápsula verde e branca, xarope vermelho)	Dosagem (quantos miligramas tem em cada comprimido ou em cada copinho de xarope ou gotas)	Quanto você toma desse remédio (quantos comprimidos, gotas ou ml você toma por dia e a que horas você toma)

Lembre-se de que o número de miligramas varia de remédio a remédio. 200mg de um medicamento pode ser pouco, e 20mg de outro pode ser muito. É como preparar um almoço: uma colher de sopa de arroz é pouco para uma pessoa, mas uma colher de sopa de sal é muito.

Não tenha vergonha de procurar ajuda. Este assunto é difícil mesmo.

Cada um dos medicamentos que você listou tem uma função específica. Depois de saber o nome e a dosagem de cada um, é hora de você pesquisar a função que tem. Peça ajuda a alguém do serviço, pesquise, pergunte, vale a pena se informar melhor.

Vamos listar aqui apenas as situações mais comuns onde estes medicamentos são usados. Mas preste bem atenção: o fato de um medicamento ser preferencialmente indicado para um problema, não quer dizer que ele não possa ser usado para outros.

Os medicamentos mais comumente usados em diabetes podem ser:

Hipoglicemiantes Orais: Os antidiabéticos orais são usados para o tratamento da diabetes tipo 2. Eles controlam o açúcar (glicose), ajudando a liberar a insulina que nosso organismo produz, para que o açúcar passe do sangue para dentro das células e assim ajudar a promover energia. Com o açúcar controlado, prevenimos complicações do diabetes como: doença cardiovascular, cegueira, insuficiência renal e gangrena dos membros inferiores. Como exemplo temos a metformina e a glibenclamida.

Insulinas: A insulina é uma substância que o próprio organismo produz, para fazer com que o açúcar passe do sangue para dentro das células e assim ajudar a promover energia. Quando o organismo não consegue mais produzi-la e os medicamentos antidiabéticos orais não conseguem mais fazer com que o açúcar baixe, é importante utilizar a insulina que é injetável. As insulinas que usamos, hoje, são feitas usando alta tecnologia e engenharia genética, para que seja a mais parecida possível com a insulina humana. Existem as insulinas que começam a funcionar rapidamente no organismo, como é o caso da insulina Regular ou R e aquelas que demoram um pouco mais de tempo para ter seu efeito máximo, mas duram por mais tempo, como é o caso da Insulina NPH.

Anote o que você descobriu sobre a função de cada um dos medicamentos que você toma, a seguir:

Nome do medicamento	Para que serve?

Receita



No Brasil, quando os medicamentos são gratuitos é necessária a receita para a retirada dos medicamentos no posto de saúde ou na farmácia popular. Já em farmácias comerciais, a maioria dos medicamentos podem ser comprados sem a apresentação de receita. No entanto, vale ressaltar a importância da apresentação desta, a fim de evitar problemas como: compra de medicamentos e/ou dosagens

trocadas ou não prescritos. O prazo de validade da receita é determinado pelo seu médico.

Para a Farmácia Popular elas valem até 6 meses.

LEMBRE-SE: Todo usuário deve ficar atento ao prazo de validade de sua receita, procurando o serviço de saúde de referência, para renovação da mesma, antes do término do seu medicamento.

A Bula

No Brasil, todo medicamento tem que vir com uma bula. A maioria das bulas tem uma parte de informações simplificadas, direcionada às pessoas que vão tomar aquele remédio, e uma parte direcionada aos profissionais de saúde, com termos técnicos e palavras difíceis. Não se desespere com a quantidade de efeitos colaterais relatados na bula. Geralmente o fabricante do medicamento coloca todos os efeitos possíveis – alguns deles são mais comuns, outros bem mais raros. Por exemplo, se estiver escrito na bula que o medicamento que você toma pode causar dor de cabeça, náuseas, vômitos, tonturas, irritação no estômago e sonolência, isso não quer dizer que você irá sentir todos esses efeitos. Talvez sinta um ou outro, talvez não sinta nenhum.

Pode acontecer também que na bula apareça uma indicação que não tem nada a ver com o problema que está acontecendo com você. Isso ocorre porque o mesmo medicamento pode ser indicado para problemas diferentes.

Sempre que você ler alguma coisa na bula que lhe assuste, destaque a frase e leve a bula para pedir orientação a algum profissional de saúde da sua confiança.

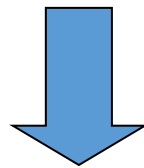
Ter acesso à bula é um direito seu. Se você não a encontrar, solicite-a na farmácia ou no local onde você retira seus medicamentos.

Vamos olhar as bulas dos medicamentos que cada um usa?

Efeitos

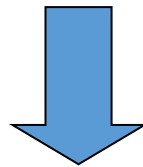
Quais são os efeitos que você percebe ao tomar cada medicamento?

Efeito Terapêutico



O efeito terapêutico é aquele que você espera que aconteça para lhe ajudar, por exemplo, manter o açúcar controlado.

Efeito Indesejável



O efeito indesejável, também chamado de efeito colateral, é uma consequência negativa de tomar remédios. Por exemplo: dor de cabeça, tontura, náuseas, diarreias, hipoglicemia, etc.

Converse com o profissional de saúde
sempre que você perceber efeitos
indesejados.

Escreva no quadro a seguir o que você sabe sobre cada medicamento que toma, listando as coisas em que ele o ajuda, atrapalha ou não faz diferença.

Não se preocupe se você não souber o que dizer sobre todos os medicamentos. Pode ser que, no grupo ou conversando com outras pessoas que tomam os mesmos medicamentos, você descubra várias coisas novas.

Medicamento	Esse medicamento ajuda você a...	Esse medicamento atrapalha você para...	Marque um X se você não percebe os efeitos desse medicamento

Perguntas frequentes

Por que algumas pessoas começam a tomar os medicamentos e não sentem nenhuma diferença?

Porque o efeito terapêutico dos medicamentos depende de muitas coisas, dentre elas:

- Das características químicas dos medicamentos. Por exemplo, alguns levam mais tempo para fazer efeito que outros;
- Das suas características pessoais: o modo como o seu corpo reage, o apoio que você recebe para seguir o tratamento medicamentoso e para lidar com os seus problemas, outros remédios que você possa estar tomando, etc.;
- Da relação de confiança com o médico e demais profissionais da equipe de saúde que acompanham o seu tratamento (geralmente acontece quando você se sente bem atendido).

Por que algumas pessoas começam a sentir efeitos colaterais antes de perceberem alguma melhora?

Assim como os efeitos terapêuticos, os efeitos colaterais também dependem de muitas coisas:

- Das características químicas dos medicamentos. Em geral os medicamentos agem em vários lugares do corpo. Mas o tempo que eles podem levar para fazer efeito em cada um desses lugares, nem sempre é o mesmo. Por exemplo, alguns medicamentos podem provocar sintomas indesejáveis, o que não significa que, necessariamente, o efeito terapêutico não virá;
- Das suas características pessoais. Algumas pessoas são mais sensíveis a determinadas substâncias que outras. Ou, às vezes, você já está tomando um medicamento que sozinho não lhe produz efeito colateral, mas, se você tomar junto com outro, acaba lhe produzindo mal-estar. Pode acontecer ainda que você ache tão ruim tomar medicamentos que, ao tomá-los, sinta imediatamente tudo que foi descrito como negativo na bula;

-Da relação de confiança com o médico e demais profissionais da equipe de saúde que acompanham o seu tratamento (o efeito varia se você sente-se bem atendido ou não).

Por que alguns medicamentos precisam ser usados mais de uma vez por dia?

Isso pode ter alguns motivos:

Alguns medicamentos são eliminados pelo corpo em menos de 24 horas. Por exemplo, em 3 a 6 horas o corpo elimina metade da dosagem de um comprimido de metformina 850 mg. A eliminação total demora 24 horas, por isso, é tomada mais de uma vez ao dia.

Outro motivo é justamente para não acumular os efeitos colaterais da dose toda do dia. Pense na alimentação. Se você comer o café da manhã, o almoço e a janta tudo de uma vez, vai sentir o estômago abarrotado. O mesmo acontece com o medicamento. Se tomar todos os comprimidos de uma vez só para aqueles que são receitados para mais de uma vez ao dia, terá um acúmulo de medicamentos e pode dar intoxicação ou aumento de efeitos adversos.

Por que às vezes tenho que esperar alguns dias para trocar de medicamento?

Existem medicamentos que podem levar vários dias até serem totalmente eliminados pelo corpo. Quando um medicamento não funcionou com você e o médico precisa substituir por outro, deve-se esperar que ele seja eliminado do corpo antes de iniciar um novo medicamento. Esse cuidado evita a mistura, no seu corpo, de substâncias que juntas podem não fazer bem a você. Então, é preciso aguardar para que o novo remédio possa ser usado com segurança.

Qual a dose recomendada dos remédios?

Você já deve ter se perguntado sobre a quantidade de comprimidos que toma durante um dia. O número de comprimidos pode assustar. A dose de cada medicamento é variável conforme o tipo e conforme cada pessoa também. É importante se informar melhor para conhecer se a dose do medicamento que você toma está adequada, ou se está abaixo ou acima do que é recomendado.

Mas preste atenção:

A dose do medicamento não é o número de comprimidos. Quando falamos de dose estamos falando de miligramas (por exemplo, as 850 mg de metformina).

A dose adequada não pode ser conhecida apenas pelo que está escrito na bula. Como vimos acima, os efeitos terapêuticos e indesejáveis dependem de muitos fatores.

As informações da bula devem servir como uma referência que o ajude a conversar com o seu médico ou outro profissional de saúde e permita que você entenda por que toma determinada dose de um dado medicamento. Por exemplo, se a dose tomada estiver abaixo do indicado na bula, vale perguntar por que esta dose lhe foi prescrita, já que comumente uma dose maior seria necessária para se obter o efeito terapêutico. Se a dose estiver acima do sugerido na bula, você também deve conversar com o seu profissional de saúde de referência, pois alguns efeitos indesejados e alguns riscos podem aparecer quando se toma doses maiores.

Embora a dose certa de cada medicamento para cada pessoa possa variar em função de vários fatores, é importante que você conheça a quantidade mínima e máxima de miligramas por dia que em geral é recomendada.

Atenção!

Você não aumenta, diminui ou para de tomar medicamentos sem motivos. Mas não se esqueça de que este é um direito seu e você não necessita fazer isso sozinho. Quando estiver passando por esta situação fale com alguém de sua confiança. Os profissionais da saúde estão aí para isso. É importante que essa questão seja levada ao médico para que ele saiba de sua condição e faça os ajustes necessários em sua prescrição.

Interações e Contraindicações

Interações

Interações são as reações entre dois ou mais medicamentos ou entre eles e outra substância ou alimento.

Imagine que você está ouvindo uma canção onde cada músico toca da maneira que acha melhor, sem conversar com os outros. Fica confuso! Se a banda é pequena, é fácil para os músicos conversarem e resolverem a confusão. Mas, se for uma orquestra ou uma bateria de escola de samba, chegar a um entendimento é bem mais complicado.

Quanto maior o número de medicamentos, mais confuso fica; mas com paciência, entendemos o que se passa. É preciso lembrar que interações também podem ocorrer entre seu medicamento e algumas substâncias, como: álcool, cigarro, outras drogas, remédios fitoterápicos e homeopáticos, café, chás, refrigerantes e alguns alimentos.

Exemplos de interações:

O uso da metformina com ranitidina, digoxina, morfina pode mudar o funcionamento dos rins e diminuir a excreção de um dos medicamentos e causar mais efeitos adversos, por ter uma concentração de medicamento no corpo maior do que a esperada.

O uso de corticosteroides (por exemplo prednisona), anticoncepcionais orais e diuréticos como a furosemida provocam diminuição de açúcar no sangue. Com o uso de metformina e um destes medicamentos, pode ocorrer uma diminuição de açúcar no sangue maior que a esperada, causando o que chamamos de hipoglicemia.

Que substâncias que você utiliza que podem interagir com seus medicamentos?

Contraindicações

São situações onde o uso de um medicamento pode ser perigoso. Por exemplo, tomar um que provoca sono, antes de dirigir, é contraindicado. Alguns medicamentos também podem ser muito prejudiciais para quem tem certos tipos de problemas de saúde (asma, problemas cardíacos, problemas nos rins ou no fígado), ou para uma mulher grávida ou que está amamentando.

É importante procurar se informar sobre isso. Existem contraindicações absolutas e relativas. Nas contraindicações absolutas, o uso é realmente muito perigoso. Nas contraindicações relativas, a pessoa pode usar o medicamento com cuidado e tem que ficar bastante atenta aos sinais de alerta que os profissionais da equipe de saúde indicar.

Se você leu na bula alguma contraindicação que lhe preocupou, seja absoluta ou relativa, não deixe de discutí-la com o profissional de saúde responsáveis pelo seu tratamento.

Exemplos de contraindicações absolutas: Glibenclamida está contraindicada em pacientes com doença dos rins ou fígado, com hipersensibilidade aos componentes da formula.

Exemplos de contraindicações relativas: utilização da glibenclamida em crianças, por não estar bem estudada.

Estes são apenas alguns exemplos de interações farmacológicas e de contraindicações. Para evitar riscos, sempre informe ao profissional de saúde responsável pelo seu tratamento sobre seus problemas de saúde e sobre as substâncias e medicamentos que está tomando.

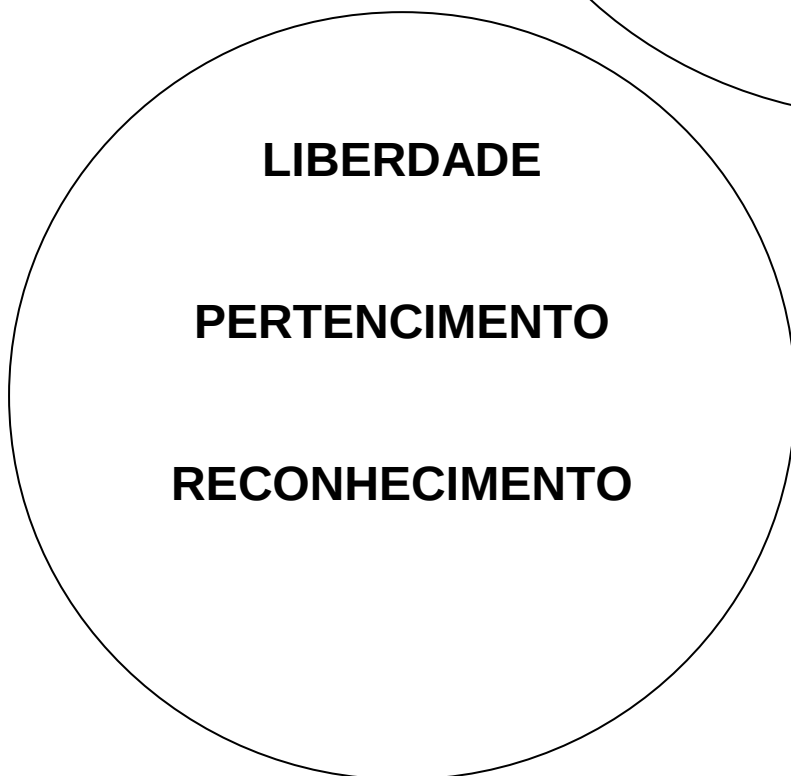
Onde Conseguir Informação:

Com os profissionais da saúde, na Unidade de saúde; Farmácias (fale com o farmacêutico responsável); Ministério da saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária: www.anvisa.gov.br.

QUARTO PASSO - Ampliando a sua autonomia

O que você precisa para viver?

Anote no círculo:



“Liberdade” é a possibilidade de expressar nossas diferentes vontades e jeitos de agir, que valoriza o outro e as nossas relações. É poder manifestar nossas diferenças e acolher as diferenças dos outros.

“Pertencimento” pode significar fazer parte de um grupo, família, comunidade, igreja, associação, sentindo-se respeitado e aceito.

“Reconhecimento” pode significar ser valorizado e apreciado pelos outros e também conseguir cuidar e gostar de si mesmo.

O “sentir-se útil” pode se manifestar de muitas formas e em diferentes lugares: em casa, no bairro, no serviço, entre pessoas que se beneficiam com o que você faz. É perceber que as pessoas gostam da sua presença.

Das coisas que você precisa para viver, quais são mais difíceis de conseguir?

Rede de Apoio

Todas essas coisas de que se precisa para viver têm a ver com relacionamentos, isto é, os laços que cada um estabelece com as pessoas que encontra na vida: laços familiares, de amizade, de amor, de solidariedade, de trabalho...

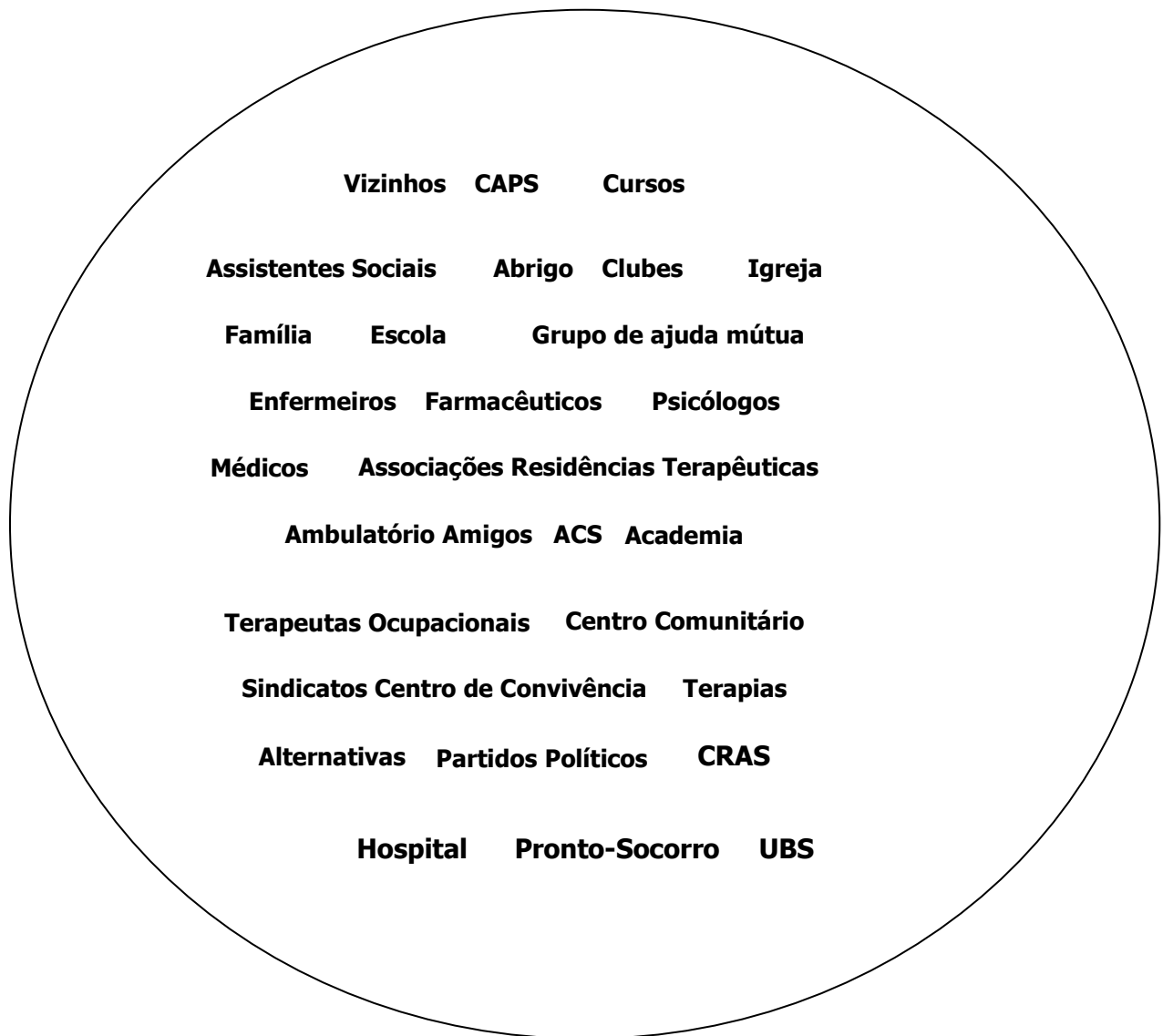
A vida é mesmo feita de relações, de parcerias, que são recursos valiosos com que se pode contar. Saber usar esses recursos tem a ver com autonomia, pois, ao contrário do que muita gente pensa, autonomia não é apenas “saber se virar sozinho”. Como foi dito no início deste Guia, autonomia tem a ver com a capacidade de criar e manter laços entre as pessoas. “Nenhum homem é uma ilha”, já dizia um poeta inglês chamado John Donne. É aí que os recursos – comunitários, de saúde, de convívio, de trabalho, de diversão – podem ajudar a encontrar um lugar na comunidade onde se vive.

Há muitos aspectos da vida que podem contribuir para tomar decisões compartilhadas sobre o uso de medicamentos. Vamos reconhecer alguns desses aspectos aqui: primeiro, as coisas que você precisa para viver; depois, a rede de

peessoas, grupos, serviços que podem lhe ajudar; e, para concluir, os direitos e compromissos que você tem em relação ao seu tratamento e às vezes nem imagina. Será uma caminhada de muitas descobertas. Um momento de olhar melhor para si mesmo e ao seu redor. Vamos iniciar este passo com uma questão que parece simples, mas que pode abrir novos horizontes...

Esses recursos, o conjunto de serviços, grupos e pessoas com quem você conta e pode confiar, formam a sua “rede de apoio” e ajudam a evitar que coisas ruins lhe aconteçam num momento de dificuldade. É como o trapezista do circo: quando a coisa dá errado, a rede de apoio ajuda.

No círculo a seguir você encontra alguns dos recursos que podem compor uma rede de apoio:



Você se lembra de outros recursos que não aparecem aqui? Complete o círculo:

Você conhece quais são os recursos disponíveis na sua comunidade? Que tal conversar e pesquisar sobre isso? Sublinhe os recursos que estão disponíveis e circule os recursos que você utiliza.

Como você pode ter informações sobre esses e outros recursos? Anote também as informações que você descobrir conversando com o grupo.

O apoio nas horas difíceis

Algumas pessoas não sabem ou não entendem o que se passa com você. Felizmente, há outras que lhe dão apoio, e algumas que sabem que você está em tratamento num serviço de saúde e por isso lhe ajudam. Também os serviços como unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, hospital geral, unidade de pronto atendimento, SAMU, vizinhos, familiares, podem ser de grande ajuda nos momentos difíceis. É ótimo poder contar com serviços de saúde e bons parceiros quando se vivencia uma crise hipertensiva ou hipoglicêmica, por exemplo, ou quando se precisa seguir um tratamento.

Mas, nessas horas, pode ser difícil localizar ou se lembrar de como contatar a sua rede de apoio. Uma boa ideia é anotar esses contatos.

As pessoas à sua volta

Você convive com outras pessoas? Onde? (família, vizinhos, grupo religioso, trabalho, diversão, esporte etc.)

Como você se sente na relação com as pessoas com quem convive (família, pessoas próximas, amigos, colegas...)?

De quem você se sente mais próximo?

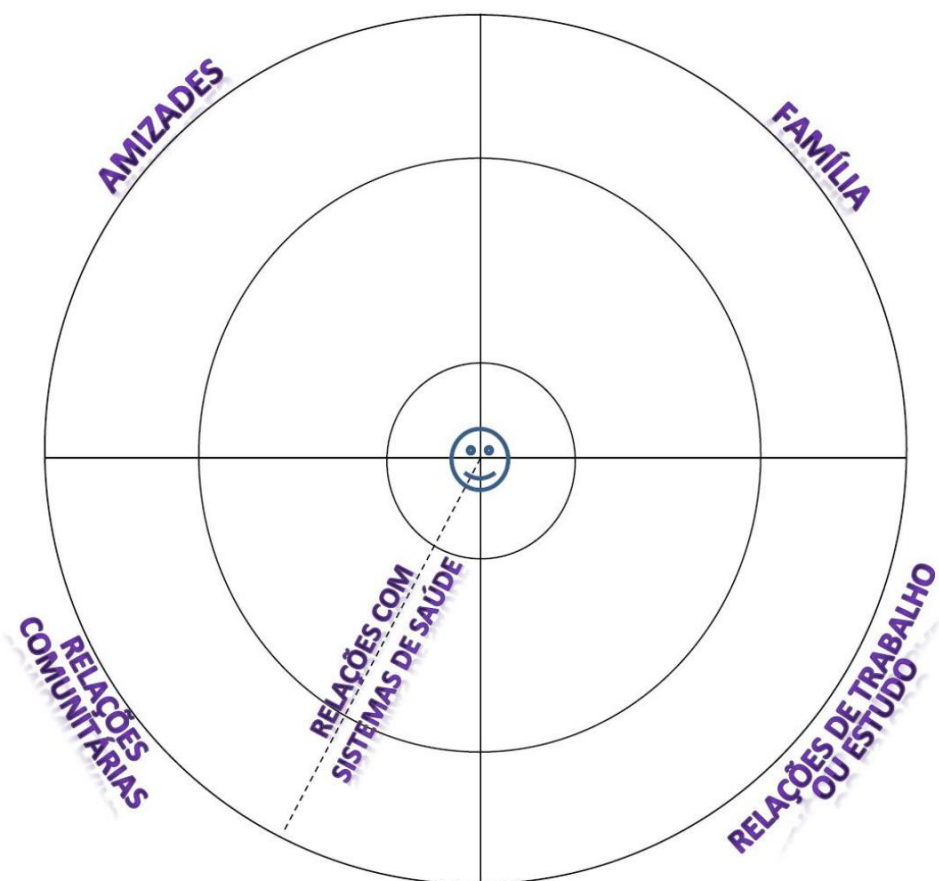
Como se sente em relação às pessoas que te ajudam?

Quem são as pessoas com quem você conta?

Pense em um problema e desenhe no gráfico a seguir com quais pessoas, serviços e lugares você pode contar quando precisa.

A seguir, temos o “mapa da rede socialⁱⁱⁱ”. Ele é dividido em quatro quadrantes: Família, Amizades, Relações de trabalho e/ou escolares (companheiros de trabalho e/ou estudo) e Relações comunitárias (clubes, associações de bairro e outros) e de serviços de saúde. Quanto mais perto do centro (☺), mais proximidade você tem com essa pessoa ou serviço.

Vamos tentar?



Caso você tenha receio de procurar alguém ou alguma instituição (às vezes é um feriado, ou está muito tarde), ou mesmo se você tiver alguma dúvida mais simples, pode tentar encontrar respostas em um livro, uma revista, um jornal, um folheto ou uma página da internet. Estes materiais podem ser bastante úteis. Você pode listá-los?

Que tal construir agora a sua agenda da rede de apoio?

REDE DE APOIO	Horários disponíveis					
	Onde fica					
	Telefone					
	Nome					

Os direitos de quem faz tratamento

O tratamento do diabetes é uma experiência que envolve o usuário, sua família e amigos, além da equipe do serviço de saúde. O mesmo acontece com o uso de medicamentos, quando faz parte do tratamento. É muito bom quando você pode conversar com quem orienta o uso do seu medicamento. Conhecer os seus direitos é importante para essa conversa. A Constituição Brasileira de 1988 garante a saúde como um direito de todos.

Mas o direito não é só lei. Ele é construído também no dia-a-dia, na relação com as pessoas. Estamos sempre nos comunicando e nos relacionando com os outros. Para exercer um direito é preciso que haja confiança nessas relações.

O que você conhece sobre os seus direitos?

O que você conhece sobre os seus direitos no uso de medicamentos?

O que você conhece sobre o direito de conseguir seus medicamentos?

Todas as formas de tratamento são feitas na relação entre o usuário e as pessoas que compõem a rede de cuidado de um serviço de saúde.

O usuário tem também compromissos com o seu próprio tratamento: ao aceitar, negociar ou mesmo recusar a medicação ou outras formas de tratamento, ele se torna responsável por sua escolha.

Em sua opinião, quais são os seus compromissos em relação ao seu tratamento medicamentoso?

Você sabia que tem o direito de escolher seguir ou não o tratamento medicamentoso que lhe é prescrito? Como foi no seu caso?

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde

No Brasil, existe a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde^{iv}, onde encontramos os seguintes princípios:

Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.

Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.

Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

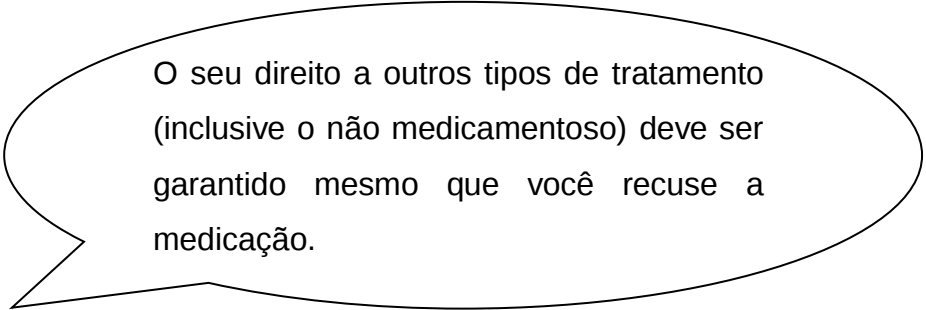
Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O que você pensa destes princípios?

É importante destacar que a carta dos Direitos dos Usuários afirma que todo cidadão tem “a liberdade de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso. E não pode ser submetido a nenhum exame sem saber (4º princípio). E, mesmo que você recuse algum procedimento ou medicamento, não pode ser excluído das outras formas de tratamento disponíveis no serviço de saúde.



O seu direito a outros tipos de tratamento (inclusive o não medicamentoso) deve ser garantido mesmo que você recuse a medicação.

Além disso, você ou outra pessoa, por você autorizada, pode pedir para ver seu prontuário sempre que quiser, assim como tem a liberdade de procurar uma segunda opinião de outro profissional ou serviço (2º princípio).

Você e sua família também têm o direito de receber informações claras sobre a sua saúde: qual o seu diagnóstico; quais os riscos, benefícios e inconvenientes das medidas terapêuticas propostas; a duração prevista do tratamento; a evolução provável do problema de saúde, bem como a ter em mãos, no caso do tratamento medicamentoso, a receita médica escrita de modo que se possa ler e compreender (2º princípio).

Vamos conversar um pouco mais sobre isso? Que tal compartilhar com o grupo alguma experiência sua em relação a este tema?

A carta diz também que todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação. O que significa que quem está cuidando de você deve respeitar seu corpo, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança (3º princípio). Por exemplo, nos serviços de saúde, você tem o direito a um atendimento integral e acolhedor, entendido como uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

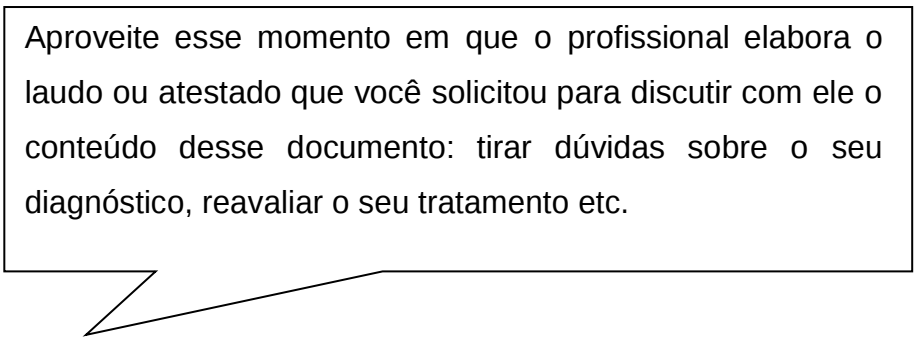


Você passou por alguma experiência desse tipo, que possa compartilhar com o grupo? Gostaria de contar como foi?

Laudos e Atestados

Pode acontecer que você precise de um laudo para perícia ou atestado por que faltou ao trabalho. São documentos importantes e merecem a sua atenção.

O profissional que acompanha você não pode se recusar a lhe fornecer um laudo ou atestado. O laudo precisa conter, no mínimo, as seguintes informações: motivo por que você precise dele, a data em que foi escrito, o seu diagnóstico e o tratamento prescrito. Precisa estar com a identificação do local onde você faz tratamento e ter o carimbo e a assinatura do profissional responsável.



Aproveite esse momento em que o profissional elabora o laudo ou atestado que você solicitou para discutir com ele o conteúdo desse documento: tirar dúvidas sobre o seu diagnóstico, reavaliar o seu tratamento etc.

Onde conseguir mais informações sobre os direitos de quem faz tratamento:

Com pessoas:

- No serviço de saúde onde você se trata
- Nesta própria roda de conversa e em outros espaços grupais do serviço

Em documentos:

Na “Carta de direitos dos usuários da saúde” (2006)
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf

Direitos e deveres dos usuários da saúde - Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)

Na página da internet do Ministério da saúde: Principais direitos para o diagnóstico e o tratamento de diabetes e hipertensão (bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/diabetes.php)

No Código Civil brasileiro:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm

Nos códigos de ética profissionais.

PARTE DOIS

UM CAMINHO PARA MUDANÇAS

QUINTO PASSO: Por onde andamos...

A ideia deste passo é retomar as discussões anteriores, como forma de exercer a autonomia e aumentar a sua participação no tratamento.

Pode ser que você tenha dúvidas sobre sua doença: como tratá-la, se existem alternativas ao tratamento medicamentoso e como pode ser ajudado nos momentos difíceis. Muitos usuários não consultam os profissionais de saúde para obter informações importantes sobre o uso dos medicamentos. Alguns leem as bulas sem conversar com um profissional e outros não procuram nenhuma informação. Finalmente, alguns diminuem, aumentam e até mesmo interrompem, por conta própria, o uso de seus medicamentos sem contar com ninguém.

Às vezes a comunicação com os profissionais da saúde, ou mesmo com os familiares, não acontece porque os usuários têm medo de levar bronca e não serem compreendidos naquilo que estão querendo. Mas é possível melhorar sua comunicação com as pessoas que o acompanham em seu tratamento. Esta retomada pretende ajuda-lo nesta tarefa.

Como foi para você conversar neste grupo sobre seus medicamentos e seu tratamento?

Para você, o que significa aumentar a sua participação no seu tratamento com medicamentos?

Você pensou também nas possibilidades abaixo?

- Conhecer seu projeto terapêutico e como sua medicação se inclui nele,
- Conhecer mais sobre seu tratamento com medicamentos, conversando sobre ele e sobre as dificuldades,
- Conversar com os profissionais envolvidos no seu tratamento medicamentoso,
- Ser incluído nas decisões sobre seu tratamento medicamentoso,
- Saber com que ou com quem você pode contar nos momentos difíceis,
- Conhecer mais sobre seus direitos de usuário do sistema de saúde.
- A Escolha em Participar mais Ativamente no Tratamento.

No passo 2, convidamos você a observar como tem cuidado de si e das suas relações no dia-a-dia. No passo 3, tratamos das redes de apoio e dos direitos. No passo 4, trouxemos muitas informações sobre seus medicamentos.

Depois desta nossa caminhada, você tem conversado sobre os temas trabalhados no Guia? Com quem? E como tem sido essa conversa?

Você consegue conversar com o profissional que prescreve os seus medicamentos?
Com que frequência?

O que você tem pensado sobre os medicamentos?

Como tem sido a conversa com os profissionais da saúde que te acompanham? E com o seu médico?

Se você fosse um profissional da saúde, como você conversaria com seus pacientes sobre o tratamento com medicamentos?

A vontade de compreender por que usar medicamentos é o início de um caminho, mas seguir nele nem sempre é simples. É preciso que as coisas que acontecem com seu corpo, seus pensamentos e suas emoções sejam compartilhadas com quem você se sinta bem e que seja capaz de acolher o que você tem a dizer.

A medicação pode produzir efeitos que atrapalham o dia-a-dia. É possível que todos os sintomas que levaram você a tomar medicamentos – reapareçam se a sua escolha for alterar o tratamento atual. Por isso a importância de uma rede de apoio e da equipe de saúde. Para participar mais ativamente do seu tratamento, é importante que você dialogue bastante com seu médico e com os outros profissionais da equipe que o acompanha. Nessas horas, podem passar alguns medos pela cabeça, como: “Mas ele é o “Doutor”, como eu posso saber mais do que ele? ” Ou, ainda, “Se eu os questionar será que vão ficar bravos, irritados ou chateados comigo? ”. Lembre-se de que não se trata de agradar aos outros. Se é a SUA VIDA que está em questão, espera-se que a equipe de saúde seja capaz de

escutá-lo. Você pode e tem o direito de buscar ajuda para participar mais do seu tratamento. É importante que o profissional escute suas opiniões e que você também escute as dele, sendo o cuidado compartilhado.

Respeitando o que você sente

É importante respeitar a maneira como cada pessoa se sente. Se você não fala o que sente aos que tratam de você, mesmo com todo o conhecimento da ciência eles não saberão quais os seus sentimentos sobre o seu tratamento e o que se passa com você. Informá-los sobre o que você sente vai ajudar a decidirem juntos sobre o tratamento que faça você se sentir melhor.

Qual o seu jeito de mostrar o que você está sentindo?

A equipe de saúde que acompanha você, seja na Unidade Básica de Saúde (UBS), na unidade de saúde da família ou em outros serviços da saúde, tem um papel importante como companheira nesse caminho.

Quanto à medicação, entendendo os seus efeitos, você poderá conversar melhor sobre seu tratamento. O médico ou farmacêutico poderão lhe indicar medicamentos que possuam menos efeitos colaterais ou indesejados. Isso pode aumentar o seu bem-estar.

Você constrói seus caminhos junto às pessoas que lhe acompanham.

Para facilitar esse caminho, você poderia se aproximar de pessoas em quem confia, que possuem atitudes compreensivas em relação à sua situação. É importante achar um profissional da equipe de saúde que lhe seja acessível e com quem tenha mais facilidade para conversar e com quem se sinta mais próximo. Este profissional poderá ser uma pessoa que ajude a conversar sobre o que se passa com você e auxiliá-lo a tirar suas dúvidas sobre o tratamento com medicamentos.

Com quem você se sente mais à vontade para expressar seus sentimentos?

Formas de tratamento além da medicação

O medicamento não é a única forma de tratamento na hipertensão/diabetes. Serviços como as UBS e unidades de saúde da família podem e devem oferecer outros tipos de tratamento.

Você e os profissionais da equipe de saúde podem juntos decidir quais os tratamentos que são mais indicados para o seu caso, compondo o seu projeto terapêutico.

Quais tratamentos fazem parte do seu acompanhamento na hipertensão e/ou diabetes?

Que outras formas de tratamento você gostaria de experimentar?

Que outras atividades, que não fazem parte de um tratamento, poderiam ajudá-lo? Onde você pode encontrar a oferta dessas atividades e como você pode ter acesso a elas?

^I GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. Rosana Tereza Onocko Campos; Eduardo Passos; Erotildes Leal; Analice Palombini; Octavio Serpa *et al.* DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/>

Laboratório-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces

Para usar o guia GAM-BR em grupos de pessoas com diabetes, foram necessárias algumas adaptações. Portanto, todas as abordagens (textos, perguntas, dinâmicas, outras) utilizadas em usuários da saúde mental que podem ser também aplicadas em pacientes diabéticos foram mantidas na sua originalidade.

^{II} Frase retirada do Guia de Gestão Autônoma da Medicação do Quebec (Canadá) (Relatório do Grupo de Trabalho de Políticas em Saúde Mental. Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec, Governo do Quebec/Canadá, 1987

^{III} SLUZKI, CE. “A Rede Social na Prática Sistêmica”, Casa do Psicólogo - SP, 1997, pag 42 e 43

^{IV} Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf

7.2 GUIA DO FACILITADOR: GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Guia do Facilitador da pesquisa para moderação do grupo GAM

Grupo de Gestão Autônoma da
Medicação

A pesquisa:

Esta pesquisa visa a analisar o empoderamento para o autocuidado de usuários de unidades de saúde diagnosticados com diabetes melito, através da participação em Grupos de Gestão Autônoma do Medicamento (GAM). A pesquisa será desenvolvida nas Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição. Trata-se de um estudo quantitativo, que será conduzido a partir de um estudo quase experimental, com grupos nas unidades participantes, utilizando a metodologia do Guia GAM Brasileiro a qual será adaptada para o diabetes. Os usuários deverão pertencer à área adscrita às unidades de saúde participantes da pesquisa, ter o diagnóstico de diabetes e não estarem controlados em seus níveis glicemia. Será aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da pesquisa, um questionário sócio demográfico e questionário com Escala de Empoderamento, antes e depois dos grupos, com todos os usuários selecionados na amostra, bem como medidas da hemoglobina glicada.

Com isto, propõe-se avaliar a efetividade da inserção desta tecnologia na Atenção Primária à Saúde para melhor controle do diabetes qualificando o acompanhamento do processo de saúde/doença/intervenção de modo singular.

O Guia GAM, adaptado do Guia GAM Brasil², da saúde mental, será o orientador de todo o percurso do grupo. Para minimizar vieses nos resultados da intervenção, faz-se necessário o alinhamento das pessoas que facilitarão o grupo, tanto a referência da pesquisa, quanto o membro da equipe envolvido com o projeto. Logo, este roteiro tem os seguintes objetivos: descrever detalhadamente a dinâmica dos encontros e padronizar a aplicação da estratégia, fornecendo subsídio para o facilitador do grupo.

² GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. Rosana Tereza Onocko Campos; Eduardo Passos; Erotildes Leal; Analice Palombini; Octavio Serpa *et al.* DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/>

Os grupos têm a recomendação de acontecer em oito encontros, com o tempo estimado de uma hora e meia. É também recomendável que o número dos membros da equipe não seja muito grande, para evitar intimidação dos participantes usuários (recomenda-se um número máximo de 15 pessoas).

Foram listados todos os pacientes diabéticos, com Estrato 3 do Sistema GHC.

Os pacientes serão convidados a participar da pesquisa por telefone, quando será explicado os objetivos, propostas e solicitado o consentimento verbal para participar da pesquisa. Todos os participantes da pesquisa terão amostra de sangue coletada para análise HbA1c antes do início da pesquisa. As coletas e medidas acontecerão conforme planejamento de cada US. Nova coleta será feita três meses após a intervenção, para medir impacto no controle glicêmico.

No dia anterior à atividade, os pacientes receberão um telefonema lembrando do grupo agendado.

Em itálico estão as falas direcionadas para os pacientes

Os encontros foram divididos da seguinte forma:

Encontro 1
COORDENADOR: _____ RELATOR: _____

TEMAS: Apresentação da pesquisa, assinatura do TCLE e resposta aos questionários. O que você pensa sobre diabetes?

1º Momento: Apresentação da proposta da pesquisa

Boa tarde. Agradecemos a presença de todos vocês.

Eu sou ... e trabalho no SSC e vou estar junto com os profissionais desta unidade ajudando no grupo.

Vocês estão participando de uma pesquisa sobre grupos de pessoas com diabetes. Vão participar em torno de 64 pessoas do SSC nesta pesquisa. Os grupos que vocês estão participando tem o nome de grupos GAM. Este grupo tem como objetivo compartilhar momentos de encontros, nos quais falaremos sobre diabetes, sobre tratamento e cuidados importantes para sua saúde.

2º Momento: Após esclarecimentos sobre a pesquisa, solicitar aos participantes a assinatura do termo de consentimento.

Para participar desta pesquisa vocês precisam assinar um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo a participação. Farei a leitura e somente após a concordância, você deve assinar. Posso esclarecer dúvidas, caso tenham.

3º Momento: Aplicação do questionário sócio demográfico e da Escala de Empoderamento: os dois questionários deverão ser lidos com os participantes, que responderão os instrumentos e devolverão ao pesquisador. Sugerimos que primeiro seja aplicado o Sócio-Demográfico e depois a escala de empoderamento. Sugerimos que os demais membros da coordenação do grupo fiquem orientando, individualmente, e vendo as dificuldades dos participantes.

Tendo em vista nossos objetivos, precisamos aplicar dois questionários para ver como vocês estão hoje, em relação à doença. No final da pesquisa, aplicaremos novamente este questionário.

4º Momento: Apresentação dos participantes do grupo: em dupla: Cada dupla faz apresentação da outra pessoa. Sugerimos que no mínimo sejam feitas 4 perguntas: nome, há quanto tempo mora no bairro, há quanto tempo sabe que tem diabetes e o que gosta de fazer.

5º Momento: Esclarecer sobre o número de encontros, datas e horários. Importância da participação em todo o processo. Estimular a participação nos grupos é muito importante!

6º Momento: Fazer lista de presença com telefone de contato. Será dado um telefonema lembrando-os do grupo agendado.

7º Momento: Fazer as combinações gerais do Grupo (pontualidade, respeito à fala do outro, saber ouvir, organizar o tempo de fala, etc).

8º Momento: Apresentação e entrega do guia GAM para cada participante. Neste momento é importante explicar que esta estratégia já é utilizada com pacientes da saúde mental, com ótimos resultados. Esclarecer que, pelas características do diabetes, foi necessário fazer uma adaptação no guia GAM Brasil, que embasou esta pesquisa.

9º Momento: Iniciando a estratégia: leitura para apresentação do guia com os participantes. A leitura é feita pelos membros da equipe em rodízio. Apresentação - Para começo de conversa/ continuando a conversa (págs. 4-6).

Sugerimos que no momento que perguntamos: Para você o que é o diabetes? Se faça uma pausa para conversar sobre este tema e dar tempo para as pessoas escreverem o que pensam sobre isso.

10º Momento: Continuar a leitura até a página 6.

11º Momento: Agradecer a presença de todos e lembrar aos participantes da data e hora do próximo encontro. Orientar a trazer o guia em todos os encontros. Esclarecer que no dia anterior os pacientes receberão um telefonema lembrando do encontro.

Encontro 2

Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia seguinte. Organizar o encontro do dia seguinte: fazer as perguntas em papéis dobrados, colocar numa caixa ou saco para sorteio no dia seguinte.

COORDENADOR: _____

RELATOR: _____

TEMA: O seu dia-a dia

1º Momento: Cumprimentar os participantes e solicitar que peguem o guia GAM.

2º Momento: Fazer a leitura do guia: Parte 1. Leitura: Sua qualidade de vida pg. 6

3º Momento: (pg 07-09). Responder as perguntas: Primeiro passo: Conhecendo um pouco sobre você: O seu dia a dia. Cada participante sorteia e responde uma pergunta, até que todas sejam respondidas. O processo é aberto, podendo quem quiser responder também à pergunta, sorteado por outro participante.

A recomendação é que o participante preencha o guia durante o encontro e em casa, caso se lembre e queira complementar alguma resposta.

4º Momento: Leitura: Segundo passo: Observando a si mesmo (pg. 08).

5º Momento: Agradecer a presença de todos e lembrar aos participantes da data e hora do próximo encontro. Orientar o usuário a responder as perguntas referentes ao capítulo Sua Saúde no domicílio, como preparação para o próximo encontro.

Encontro 3

Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia seguinte. Organizar o encontro do dia seguinte: reforçar o próximo capítulo a ser trabalhado: Sua Saúde, lembrando ao participante que responda às perguntas.

COORDENADOR: _____

RELATOR: _____

TEMA: Diabetes e Alimentação

1º Momento: Cumprimentar os participantes e esclarecer a dinâmica do dia. Sua saúde (pgs 10-11)

2º Momento: Distribuir as perguntas em dupla e depois eles apresentam e os profissionais fazem o contraponto e conversam sobre diabetes. Trazer as fitas ou glicosímetro para o controle do diabetes para fazer uma demonstração prática.

3º Momento: Apresentação de vídeo para síntese.

4º Momento: Conversa com a nutricionista. Apresentação de embalagens com discussão sobre a quantidade de açúcar e sal nos alimentos.

5º Momento: Agradecer a presença de todos e lembrar aos participantes da data e hora do próximo encontro. Comunicar, ao usuário, o tema que será abordado no próximo encontro: **Sua medicação.**

Encontro 4

Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia

seguinte. Organizar o encontro do dia seguinte: reforçar o próximo capítulo a ser trabalhado: Sua Medicação. Preparar o varal de perguntas.

COORDENADOR: _____

RELATOR: _____

TEMA: A minha vida com medicação para o diabetes

1º Momento: Cumprimentar os participantes e esclarecer a dinâmica do dia.

Sua medicação pgs 11 a 13.

2º Momento: Expor as perguntas como em um varal e pedir que cada participante escolha alguém para responder, relatando sua experiência.

3º Momento: Agradecer a presença de todos e lembrar aos participantes da data e hora do próximo encontro. Comunicar, ao usuário, o tema que será abordado no próximo encontro: Continuar Sua medicação. Orientar ao participante buscar sua última receita e trazer para o próximo encontro.

Encontro 5

Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia seguinte. Lembrar o paciente de trazer sua receita no dia seguinte. Organizar o encontro do dia seguinte: separar blisters e insulinas, bem como respectivas bulas.

COORDENADOR: _____

RELATOR: _____

TEMA: Medicamentos, receitas, bulas.

1º Momento: Cumprimentar os participantes e esclarecer a dinâmica do dia.

Leitura: Terceiro passo: conversando sobre os medicamentos (pg 13 a 17)

2º Momento: Fazer a pergunta do guia, estimulando a participação dos participantes: Como você descreve a experiência diária de tomar medicamentos? (pg 13 do GUIA)

3º Momento: Os participantes registram na tabela pg. 14: nome do remédio/ aparência/ Dosagem/ Quanto toma.

4º Momento: Leitura da pagina 16: Tabela sobre nome e para que serve.

Os participantes registram na tabela: nome do medicamento e para que serve.

5º Momento: Leitura do guia: receita e bula (apresentação das bulas). Leitura “A receita “ pg 16. Pedir as receitas dos pacientes e explicar os itens da mesma.

6º Momento: Leitura do Guia: Pg 17.” A Bula”. Mostrar as bulas dos medicamentos mais comuns. Esclarecer cada tópico. Agradecer a presença de todos e lembrar aos participantes da data e hora do próximo encontro. Comunicar, ao usuário, o tema que será abordado no próximo encontro: Efeitos/ Interação e contraindicação.

Encontro 6
Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia seguinte.
COORDENADOR: _____
RELATOR: _____

TEMA DO DIA: EFEITOS PG 17 A 24

1º Momento: Cumprimentar os participantes e esclarecer a dinâmica do dia.

2º Momento: Pergunta aberta para o grupo da pg 17: Quais são os efeitos que você percebe ao tomar cada medicamento?

3º Momento: Leitura do guia pg. 18: Efeito Terapêutico/ Efeito Indesejável

4º Momento: pg 19 Cada participante preenche a planilha: medicamento/ esse medicamento ajuda você a.../ esse medicamento atrapalha você para.../ Marque X se não percebe efeitos.

5º Momento: Leitura do guia: perguntas frequentes pg 20 e 21. Selecionar 3 perguntas para conversar no grupo. As restantes os participantes lêem em casa.

6º Momento: Leitura do guia: Interações pg. 22 e 23

7º Momento: Permitir aos participantes responder à pergunta: Que substâncias que você utiliza que podem interagir com seus medicamentos?

8º Momento: Leitura do guia: Contra-indicações, pg. 23: Leitura para casa.

9º Momento: Esclarecer onde conseguir informações.

10º Momento: Agradecer a presença de todos e lembrar aos participantes da data e hora do próximo encontro. Comunicar, ao usuário, o tema que será abordado no próximo encontro: Quarto passo – ampliando sua autonomia.

Encontro 7

Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia seguinte. Preparar material necessário para a dinâmica do próximo dia: papel kraft, revistas para colagem, ou pincel para escrever.

COORDENADOR: _____

RELATOR: _____

TEMA DO ENCONTRO: AMPLIANDO A SUA AUTONOMIA. PG. 24-34

1º Momento: Cumprimentar os participantes e esclarecer a dinâmica do dia.

2º Momento: Fazer a pergunta do guia GUIA pg. 24: O que você precisa para viver? e colocar no círculo o que precisa para viver: utilizar kraft e fazer colagem

3º Momento: Leitura do guia: Liberdade, pertencimento e reconhecimento.

4º Momento: Fazer pergunta aos participantes pg 25: Das coisas que você precisa para viver, quais são as mais difíceis de conseguir?

5º Momento: Leitura pg. 28 do GUIA: Apoio nas horas difíceis

6º Momento: Cada participante faz o seu mapa de Rede de Apoio

7º Momento: Leitura pg 28 do GUIA: As pessoas à sua volta.

8º Momento: Leituras para casa: pg 30 do GUIA: Os direitos de quem faz tratamento e pg 32 do GUIA: Laudos e atestados

9º Momento: Agradecer a participação. Data, horário e tarefa para o próximo encontro.

Encontro 8

Um dia antes: ligar para os participantes, lembrando-os do encontro no dia seguinte. Preparar material necessário para próximo dia: Escala de empoderamento.

COORDENADOR: _____

RELATOR: _____

TEMA: UM CAMINHO PARA MUDANÇAS

QUINTO PASSO: POR ONDE ANDAMOS

PARTE 2 PG.34 A 39

1º Momento: Cumprimentar os participantes e esclarecer a dinâmica do dia.

2º Momento:

Dar um ou dois minutos para cada pessoa responder à pergunta individualmente.

GUIA: Como foi para você participar e conversar neste grupo sobre seus medicamentos?

Debate no grupo.

Recapitular no GAM o que foi conversado, esclarecer dúvidas e pedir aos participantes um feedback dos encontros: como se sentiram, se consideraram proveitoso...

3º Momento: Avaliação breve dos encontros. Fazer roteiro de três perguntas.

4º Momento: Pedir a cada participante para novamente, preencher a Escala de Empoderamento para o diabetes.

5º Momento: Lembrar que os pacientes receberão telefonema, em três meses, para nova medida de HbA1c. Equipe tem que organizar coleta seja na US ou no HNSC. Entregar o pedido de exame.

Agradecer novamente a presença de todos. Despedida.

7.3 ARTIGO

GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TECNOLOGIA PARA O EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autoras:

Esp. Fernanda Miranda Seixas Einloft: Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Clínica (Unicentro Newton Paiva/MG), Especialista em Saúde da Família (UFMG/MG), Especialista em Processos Educativos em Saúde (ESP/ MG). Enfermeira e Preceptora RIS/GHC. Mestranda do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de tecnologias para o SUS, do GHC. <http://lattes.cnpq.br/2716928816432311>

Dra. Luciane Kopittke: Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas/Farmacologia; Doutora em Ciências da Saúde/Farmacologia e Terapêutica. Docente Escola GHC – Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS e Farmacêutica SSC/GHC – Membro NATS/GHC.

Dra. Margarita Luz Marina Silva Diercks: Médica de Família e Comunidade, Mestre e Doutora em Educação (UFRGS) Docente Escola GHC – Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS. <http://lattes.cnpq.br/4164955579415364>

Dra. Claunara Schilling Mendonça: Médica de Família e Comunidade, Mestre e Doutora em Epidemiologia (UFRGS). Prof. Adjunta do Dpt Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente Escola GHC – Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS. <http://lattes.cnpq.br/6572058633654156>

Autor para correspondência:

Fernanda Miranda Seixas Einloft

Rua Barão do Amazonas, nº 130, aptº 602 – Bairro: Petrópolis, Porto Alegre, Rio Grande do Sul

(51) 995652404

ferdeeinloft@gmail.com

Apoio: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS/ MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão compartilhada do cuidado como proposta para a atenção integral à saúde das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus

Pesquisador: Luciane Kopitke

Versão: 2

CAAE: 40975114.4.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 004342/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Gestão compartilhada do cuidado como proposta para a atenção integral à saúde das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus que tem como pesquisador responsável Luciane Kopitke, foi recebido para análise ética no CEP Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição em 27/01/2015 às 11:09.

Endereço: Francisco Teófilo, 595 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-300
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-3407 Fax: (51)3357-3407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

ANEXO B – Escala de Empoderamento para Diabetes**ESCALA DE EMPODERAMENTO**

Em geral acho que eu	Totalmente de acordo	De acordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
1. Conheço em quais aspectos do cuidado com meu Diabetes estou satisfeito (a)					
2. Sei em quais aspectos do cuidado com meu Diabetes não estou satisfeito (a)					
3. Sei em quais aspectos do cuidado com meu Diabetes estou disposto (a) a mudar					
4. Sei em quais aspectos do cuidado com meu Diabetes não estou disposto (a) a mudar					
5. Posso escolher metas realistas no cuidado do meu Diabetes					
6. Conheço quais das minhas metas em relação ao Diabetes são mais importantes para mim					
7. Sei o que me ajuda ou dificulta a alcançar minhas metas relacionadas ao Diabetes					
8. Tenho boas ideias para me ajudar a alcançar minhas metas					
9. Consigo colocar em prática minhas metas.					
10. Posso alcançar minhas metas uma vez que eu					

decidi fazê-lo					
11. Conheço quais barreiras podem dificultar a realização das minhas metas					
12. Consigo pensar diferentes maneiras para superar as barreiras enfrentadas de alcançar minhas metas em diabetes					
13. Posso tentar coisas diferentes para superar as barreiras para alcançar minhas metas					
14. Consigo decidir qual o melhor caminho para enfrentar as barreiras					
15. Consigo dizer como me sinto vivendo com diabetes					
16. Consigo dizer como me sinto cuidando do diabetes					
17. Sei quais aspectos do Diabetes podem gerar estresse na minha vida					
18. Conheço maneiras positivas de enfrentar os estresses causados pelo Diabetes					
19. Conheço maneiras negativas de enfrentar os estresses causados pelo Diabetes					
20. Consigo enfrentar bem o estresse relacionado ao Diabetes					
21. Sei onde posso encontrar apoio para viver e cuidar do meu Diabetes					

22. Consigo pedir ajuda para viver e cuidar do meu Diabetes quando preciso					
23. Consigo me ajudar no tratamento do Diabetes.					
24. Sei o que me mantém motivado (a) para cuidar do meu Diabetes.					
25. Consigo me motivar para o cuidado em Diabetes.					
26. Conheço suficiente o Diabetes para escolher o que é bom para mim.					
27. Eu me conheço o suficiente para tomar as decisões que convêm para o cuidado do Diabetes					
28. Consigo perceber se o que estou tentando mudar no meu cuidado para o Diabetes vale a pena.					

ANEXO C - Normas de publicação da revista



Instructions for Authors

Table of Contents

1. [Overview](#)
2. [Annals Articles](#)
 - [Article Length](#)
 - [Article Types](#)
 - [Duplicate or Prior Publication](#)
3. [Instructions by Article Type](#)
 - [Original Research](#)
 - [Methodology](#)
 - [Theory](#)
 - [Systematic Reviews](#)
 - [Research Briefs](#)
 - [Special Reports](#)
 - [Reflections](#)
 - [Editorials](#)
 - [Innovations in Primary Care](#)
4. [Manuscript Preparation](#)
 - [Cover Letter](#)
 - [Elements of the Manuscript](#)
5. [Reporting Guidelines and Checklists](#)
6. [Style and Writing Tips](#)
7. [Forms](#)
 - [Manuscript Agreement](#)
 - [Permissions](#)
8. [Manuscript Submission Process](#)
9. [Prepublication Release of Information](#)
10. [TRACK Discussion/e-Letters](#)

1. Overview

The *Annals of Family Medicine* welcomes manuscripts from anyone who has new knowledge to contribute to understanding and improving personal and population health and primary health care. In particular, we welcome clinical research, work that bridges boundaries between disciplines, and work that brings together different ways of understanding. The *Annals* supports efforts to bring research to practice and practice to research, and serves those communities, patients, professionals, scientists, policy makers, students, and other learners involved in family medicine, primary care, generalist practice, and broadly related fields.

All *Annals* content is deposited in [PubMed Central](#). This automatically fulfills the NIH Public Access Policy requirements for authors.

All manuscripts must be submitted through the *Annals'* online system, eJournalPress (see [Instructions for Submitting a Manuscript \[PDF\]](#)). Most articles will fall into one of the categories described below.

2. *Annals* Articles

Article Length

Tightly written, short manuscripts often have high impact. A limited amount of additional material that provides extra depth may be submitted in appendixes.

- In all article categories below, we welcome brief manuscripts of **800-1100 words**, 1-2 figures or tables, and a short abstract. This length is particularly appropriate for papers with a single, crisp, powerful idea or new ideas evaluated with small samples or other limitations.
- Longer articles that convey fully developed, rigorous exposition of a topic may be **up to 2700 words** with 3-6 tables and/or figures. Some topics, including some qualitative research, may require more words and fewer tables/figures. However, additional length must contribute added value.
- **1200-2500 words** is the most effective length for many topics. For example, see www.annfammed.org/content/10/1/50.full and www.annfammed.org/content/11/3/258.full.

Article Types

The *Annals* publishes articles in the following categories.

- Original Research
- Research Briefs
- Methodology
- Theory
- Special Reports
- Reflections
- Editorials
- Innovations in Primary Care

Annals does **not** publish: case reports, clinical updates, expert reviews, fiction, poetry, or reviews of books or software.

Duplicate/Prior Publication

The *Annals* considers manuscripts with the stipulation that the same or similar work has not been published, accepted, or submitted for publication, in whole or in part, in any medium. If there is possible duplicate or prior publication of your submission, describe it in the cover letter. Provide copies of all related materials written by the authors that have been previously published or are under consideration or in press elsewhere. See *Annals'* [Policy on Duplicate/Prior Publication \[PDF\]](#).

3. Instructions by Article Type

Original Research

- **Content:** The *Annals* publishes original research from diverse perspectives, including: clinical, biomedical, behavioral, personal, community, and social sciences;

and health services, health care systems, and policy. *Annals* does not focus on educational research. We encourage the use of participatory methods that involve key stakeholders at all phases of knowledge generation and dissemination.^[1-3]

- **Abstract:** Up to 250 words, structured as Purpose, Methods, Results, Conclusions
- **Study type:** Clearly state the specific type of study in the methods section.
- **Contextual factors:** We encourage investigators to consider external validity throughout the research process. Identify and report contextual factors that are relevant to: 1) understanding what happened in the study and why, and 2) transporting and re-inventing results in other times and situations.^[4-6]
- **Reporting guidelines:** Authors should follow the appropriate guideline and submit the associated guideline checklist with the submission. See [Reporting Guidelines and Checklists](#).
- **Clinical trials:** Reports of registered clinical trials should state their trial registry number at the end of the *Abstract*. Information on clinical trials registries is available at www.clinicaltrials.gov/ and www.icmje.org/. Investigators must register clinical trials prospectively in a public trials registry when it is appropriate to the research design. A copy of the study protocol may be included as a Background File with the submission.
- **Observational research:** Reports of observational research should be driven by clearly stated descriptive goals, or test stated hypotheses through an identified theoretical model of the process in question. Clearly identify the type of study and justify statistical choices. State which analyses were pre-specified and hypothesis-driven, versus post-hoc.
- **Quality improvement:** Describe the quality improvement intervention's goals, the local problem addressed, and the initiative's health care context and setting. Explore how the intervention improved healthcare quality, safety, effectiveness, patient-centeredness, timeliness, cost, efficiency, and/or equity of health care.
- **Qualitative research:** Include a description of researchers' backgrounds and how this might affect the research process and interpretation. Pay particular attention to sampling and data collection strategies, including the iterative processes used. Provide interpretive analyses that draw out larger meaning and theory, and tie in with existing knowledge. Do not simply group themes into obvious categories. Fully describe the procedures for data organization, analysis, and interpretation, including strategies for validating results.

Research Briefs

- **Content:** Research Briefs are concise articles that present research summaries, hypotheses and works in progress. Length is **600-900 words** with up to 10 references. Include a focused *Introduction*; succinct *Methods*; *Results* that convey the main findings without duplicating information in the table/figure(s); a concise *Discussion* that puts the work into context, conveys the main limitations, and suggests next steps for practice, policy, education or research. Include no more than 2 tables and figures (total), focused on the main results.
- **Abstract:** Up to 100 words with no headings. The abstract should convey the purpose, brief methods, main finding, and take-away lesson and implications.

Methodology

- **Content:** Methodology articles propose new methods, extend existing methods, or provide new approaches to integrating methods for primary care research. Include a brief, focused synthesis of currently available research that places the proposed method in appropriate context. Methods articles may use real data for examples, but should present research only to illustrate methodological points.
- **Abstract:** Up to 250 words, typically structured as Purpose, Methods, Results, Conclusions.

Theory

- **Content:** Theory articles explore problems unique to generalist practice and develop models of how family medicine and primary care can best meet important health care needs of individuals, families, or communities. Theory development can focus at the level of the illness, individual, community, patient-clinician interaction, practice organization, generalist/specialist interface, or health care system. New models should be tied to existing theory and grounded in research or other experience. We encourage work that transcends disciplinary boundaries.
- **Abstract:** Up to 250 words, either structured (as Purpose, Methods, Results, Conclusions) or unstructured, as best fits the topic.

Systematic Reviews

- **Content:** The *Annals* welcomes systematic reviews that provide new insights from rigorous and creative syntheses. Describe explicit methods to define questions, identify current knowledge, and propose new work. Methods may include systematic reviews, meta-analyses, realist and narrative syntheses, economic and decision analyses, and syntheses of qualitative research. Systematic reviews must advance practice, policy, theory or methods, or identify new research directions.
- **Search strategy:** Include the full Boolean search strategy, database name and provider, first and last years searched, and which limits were applied. State when the search was conducted and by whom. The complete search strategy for each database must be included as an appendix.
- **Clinical guidelines:** Systematic reviews of clinical topics should use and reference current evidence-based clinical guidelines.
- **Reporting guidelines:** Authors should follow the appropriate guideline and submit the associated guideline checklist. See [Reporting Guidelines and Checklists](#).
- **Abstract:** Up to 250 words, structured as Purpose, Methods, Results, Conclusions.
- *Annals* does not publish clinical updates, expert reviews, or case reports.

Special Reports

- **Content:** Special Reports address important timely topics that do not fit into other article categories. Topics should be relevant to improving primary care, health or health care.
- **Abstract:** Up to 250 words, either structured (as Purpose, Methods, Results, Conclusions) or unstructured, as best fits the topic.

Reflections

- **Content:** Reflections presents essays by clinicians, scientists, patients, families, health care leaders, policy makers, and others. Essays may include stories of personal experience, persuasive essays that present a point of view or course of action, or explanatory essays that share information, describe a topic, or offer a definition. They should be concise and tightly written to deliver a clear, focused message.
- **Abstract:** Up to 150 words with no headings.
- *Annals* does not publish poetry or fiction.

Editorials

- *Annals* publishes only invited editorials. All readers are encouraged to provide their perspectives as e-letters in the TRACK discussion of *Annals* articles: www.annfammed.org/letters .

Innovations in Primary Care

- **Content:** Succinct stories of on-the-ground innovations that make a difference in primary health care. Includes novel approaches in primary care practice, empowerment of people/communities, or unexplored domains. Priority will be given to approaches that are transportable and scalable to other settings and contexts. Topics may include (but are not limited to) partnerships; use of technology; novel ways of developing relationships; integrating, personalizing, or prioritizing health care or health promotion; reinventing useful ways of working in a new era.
- **Format:** Up to 550 words with no abstract. Use narrative style and first person voice. Follow the structured format below, including the subheadings in CAPS.
 - Short title that clearly describes the nature of the innovation.
 - Author(s) name(s) and affiliation(s), plus corresponding author contact information.
 - THE INNOVATION: 1-2 opening sentences that state what the innovation is and what problem it is designed to solve.
 - WHO & WHERE: In 1-2 sentences, who is involved and where is the innovation carried out? Provide context that others will need to apply or reinvent the activity in their setting.
 - HOW (longest section): A brief story about how the innovation works.
 - LEARNING: 1-3 sentences on what you've learned. What will help others replicate your innovation? How does it fit into the larger universe of practice, policy or innovation?
- **Supplemental data:**
 - Affiliations, references, acknowledgments, and most tables, figures, and illustrations will appear as online-only supplemental data. If any tables, figures, or images must appear with the article in print, shorten the text to accommodate.
 - Appendixes can be used to provide more details e.g., examples and written materials. Appendixes are not included in the word count.

4. Manuscript Preparation

The *Annals* follows the ICMJE "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals," available at www.icmje.org/.

- **All** article types require a complete title page, abstract, text, and conflict of interest statement. Include all manuscript elements in one document, if possible.
- Double-space the text. Use an 11- or 12-point font. Set 1-inch page margins.
- Number all pages, including the title page.
- Include a conflict of interest statement after the main text.
- Number references consecutively, as cited in the text.
- Place tables, figures and appendixes after the references.
- Background Files are intended only for the editors, not for publication.
- Submit all materials in the online eJournalPress system. See Instructions for Submitting a Manuscript [PDF].

Cover Letter

Submit a brief cover letter in eJournalPress.

- In 2-3 sentences, highlight the article's unique contribution to the literature and particular relevance to *Annals* readers.
- List any related work by the authors that might represent prior or duplicate publication, and provide a copy as a Related Paper file type in eJournalPress. See *Annals'* Policy on Duplicate/Prior Publication [PDF].
- If the study report followed a standard reporting guideline, state the name of the guideline and include the relevant checklist as a Guideline Checklist file type. Offer a brief rationale if the authors did not follow a reporting guideline, particularly when a relevant, well-developed guideline exists (see Reporting Guidelines and Checklists).

Elements of the Manuscript

Include the following in the manuscript document. You will also be required to copy some of this information into eJournalPress when submitting the manuscript.

Title Page

All manuscripts must have a complete title page, including:

- **Title** of the manuscript. Provide a title that is concise, specific, engaging and informative. Do not use abbreviations. Do not pose a question or over-emphasize conclusions. Information on titles is available in the *AMA Manual of Style*.^[7]
- **Authors'** full names, advanced degrees, institutional affiliations, and email addresses. See *Annals'* Policy on Authorship [PDF].
- **Corresponding author's** name, address, telephone and fax numbers, and email address.
- **Support.** List all sources of financial or other material support received for the work.
- **Prior presentation(s)** of the material, including name, date, and conference location.
- **Word count** for the main text (**excluding** title page, abstract, references, tables, figures).
- Numbers of tables, figures and appendixes.

Abstract

Abstracts are required for all manuscripts, except **Innovations in Primary Care**. Summarize main points, rather than pointing to article content. Review the abstract after the manuscript is finalized, to ensure consistency of key terms and numbers.

- Abstracts for **Original Research, Methodology, Theory, Systematic Reviews, and Special Reports** may have up to 250 words and usually contain the following headings.

Purpose: One sentence describing the problem being addressed and one sentence stating the study objective.

Methods: Describe study design, setting, participants, interventions, measures, main outcomes, and analyses.

Results: State the main findings of the study.

Conclusions: Two sentences that, a) summarize the interpretation of the main findings and, b) provide context by stating the main implications of the findings for practice, policy, education or research.

- Some **Methodology, Theory, and Special Reports** may use an unstructured abstract that states the purpose or problem, summarizes major points, and ends with 1-2 short sentences on the major conclusion and implications.
- Abstracts for **Research Briefs** are unstructured and up to 100 words.
- Abstracts for **Reflections** are unstructured and up to 150 words. They should present the problem addressed or purpose of the essay and summarize major points, with a 1-2 sentence conclusion.
- **Innovations in Primary Care** do not require an abstract.

Keywords

Provide at least 3 keywords. Copy the same keywords into the submission form. MEDLINE will select subject headings based on the content of the manuscript. Include important words and concepts in the title and abstract, as these are searchable in MEDLINE and other databases.

Abbreviations

List and define all abbreviations. Place this list after the keywords. Minimize the use of uncommon abbreviations to improve readability.

Text

Original Research articles usually include the sections below. In exceptional circumstances, authors may deviate from this format. **Methodology, Theory, Systematic Reviews, and Special Reports** may use different formats, as needed.

- *Introduction:* State clearly and concisely the article's unique contribution in the context of prior work, conducted by the authors or others, and relevant bodies of theory.
- *Methods:* Describe how the study and analyses were conducted and ensure that the study can be assessed for validity and trustworthiness. Clearly state the type of study being reported. Do not discuss findings or conclusions in this section, and do not describe the study sample. A statement of IRB approval or exemption is required.
- *Results:* Report the study findings. Point to the tables and figures but **do not repeat in words what can be discerned from tables and figures**. Statistical results should include confidence intervals or exact P values, even for non-significant results. All statistical results should be reported according to the SAMPL Guidelines (Statistical Analyses and Methods in the Published Literature). Qualitative results should focus on main domains and interpretive findings. Use a few quotes to convey important

points and to demonstrate the richness of the social phenomenon described. In most cases, quotes should be in the text, not in a table. If needed, use an appendix to convey detailed qualitative findings and quotations.

- *Discussion*: Interpret the findings in the context of the study's strengths and limitations, existing knowledge, published literature, and state implications for practice, policy, education or future research.

Acknowledgments

List those who have made substantive contributions to the work but do not meet the criteria for authorship (see *Annals'* [Policy on Authorship](#) [PDF]). Authors must retain written permission from each person acknowledged.

Conflict of Interest Statement

Provide a statement of all potential, perceived, or real conflicts of interest for each author. If an author has no perceived conflicts, state "none declared." See *Annals'* [Policy on Conflict of Interest](#) [PDF].

References

Authors are responsible for ensuring the accuracy of references.

Format numbered references in accordance with the *AMA Manual of Style*^[7] or the ICMJE recommendations: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html or icmje.org/recommendations/.

- Sample journal article reference:
Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9:100-103.
- Sample book reference:
Starfield B. *Primary care concept, evaluation and policy*. New York, NY: Oxford University Press; 1992.
- Sample e-letter reference:
Moore LG. Continuous healing relationship and primary care [eletter]. *Ann Fam Med*. http://www.annfammed.org/content/11/6/574.full/reply#annalsfm_el_26421, 26 November 2013.

Tables and Figures

- Tables and figures should convey meaning independent of the article text.
- For each table and figure, provide a brief descriptive title and clear, succinct headings for each row and column. Include footnotes as needed to allow readers to interpret a table independent of the text.
- Present each table or figure on a separate page, numbered in the order it appears in the text. Tables, figures and appendixes should be placed at the end of the manuscript, after the reference section.
- Tables and figures adapted from other sources present particular challenges. It can take months to receive permission to publish adapted materials, and permission is not always granted. Consider using a new or existing figure or table instead of adapting from another source.

Appendixes

- A limited amount of material that adds extra depth to an article may be published in an appendix, e.g., detailed quotations from qualitative studies, database search

strategies for systematic reviews, analysis plans, detailed sensitivity analyses, intervention materials, model details, and questionnaires or other research instruments.

- Refer to each appendix in the main text. Follow the same standards and style as in the body of the article.
- Appendixes should be included at the end of the main manuscript document.
- Place appendixes after tables/figures. Appendixes will be published as is; they will not be edited or formatted by the *Annals*. The author is responsible for ensuring that they are clear, accurate, and appropriately formatted.
- The *Annals* will consider posting multimedia materials that provide additional insights, contextual information, or personal reflections. All materials are subject to approval by the editors.

Supplemental Files and Original Data

- Supporting documentation and files that might assist the editors in evaluating the manuscript should be uploaded under the relevant file types: Background File, Guideline Checklist, or Related Paper.

5. Reporting Guidelines and Checklists

For many kinds of research, widely accepted reporting guidelines can improve the quality of published work and benefit authors, peer reviewers, readers, patients, and communities. Reporting guidelines are imperfect and can be challenging to apply to some work, such as mixed methods studies or program evaluations. For most types of studies, however, they can improve the consistency, quality and rigor of reports.

The *Annals* encourages authors to review the list below and use appropriate guidelines to frame their work. The choice to use or not use a reporting guideline should be explained in the submission cover letter. If a reporting guideline was used, include the completed guideline checklist as a separate file.

The EQUATOR Network provides a comprehensive, up-to-date and searchable clearinghouse of reporting guidelines at www.equator-network.org/.

Type of Study	What reporting guidelines are available?	Checklists
Randomized controlled studies	<u>CONSORT</u> <u>SPIRIT</u> (trial protocols) Guideline extensions are available for pragmatic trials, cluster RCTs, non-inferiority and equivalence trials, and trials of non-pharmacological interventions. Specific extensions outline the presentation of data, harms, and abstracts.	<u>CONSORT 2010 Checklist</u> [DOC] <u>SPIRIT Checklist</u>
Observational studies	<u>STROBE</u> (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) General checklist for all types of observational studies; specific checklists available for cohort, case-control, and cross-sectional studies.	<u>STROBE Checklists</u>
Systematic	<u>PRISMA</u> (Preferred Reporting Items for	<u>PRISMA Checklist</u> and

reviews; meta-analyses	Systematic Reviews and Meta-Analyses) General systematic reviews and meta-analyses. <u>MOOSE</u> (Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology) Focuses on reviews of observational studies. <u>RAMESES</u> (Realist and Meta-narrative Evidence Syntheses: Evolving Standards) <u>ENTREQ</u> (Enhancing Transparency in Reporting the synthesis of Qualitative research)	Flow diagram [DOC] MOOSE Checklist [PDF] RAMESES Standards ENTREQ Statement [PDF]
Studies of diagnostic accuracy	<u>STARD</u> (Standards for Reporting Diagnostic accuracy studies)	STARD Checklist and Flow diagram [PDF]
Qualitative interviews; focus groups	<u>COREQ</u> (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research)	COREQ Checklist
Quality improvement	<u>SQUIRE</u> (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence)	SQUIRE 2.0 Checklist [PDF]
Basic statistical reporting	<u>SAMPL</u> (Statistical Analyses and Methods in the Published Literature)	SAMPL Guidelines [PDF]

6. Style and Writing Tips

The *Annals* encourages tightly written manuscripts with a clear main message, as these often engage a broad readership. We generally follow the *AMA Manual of Style*.^[7]

- Please write in the active voice and first person.
- Make every effort to eliminate unnecessary words. When you have finished writing the manuscript, we recommend reading it again to trim unnecessary words.
- Write in a style appropriate to your audience(s). Prior to submitting your work, consider asking a member of your target audience to read the article for clarity and succinctness.

7. Forms

Manuscript Agreement

Authors will be asked to complete a [Manuscript Agreement](#) [PDF] if they are invited to submit a revised manuscript after peer review. It is not necessary to submit the forms prior to that time.

Permissions

- For all manuscripts, authors should ensure that individuals mentioned are not identifiable to anyone, including themselves. If individuals might be identified, authors must provide written permission with their submission. See [Consent of Individual to Publish Material](#) [PDF].
- If the manuscript includes material that has been published in print or online, including text, illustrations, or tables, the original authors and sources must be fully identified.

- The *Annals* is published both in print and online, so authors must obtain permission to publish borrowed materials in all forms and media (see [Tables and Figures](#)). Authors are responsible for any associated fees.

Return forms by email, fax or post:

Email: AnnFamMed@case.edu

Fax: (216) 274-6385

Postal address: Annals of Family Medicine
CWRU Family Medicine Research Division
11000 Cedar Avenue, Suite 402
Cleveland, OH 44106
Telephone: (216) 368-0837

8. Manuscript Submission Process

All manuscripts are submitted through our online system hosted by eJournalPress. See [Instructions for Submitting a Manuscript](#) [PDF].

9. Prepublication Release of Information

See *Annals'* [Policy on Prepublication Release of Information and Embargo](#) [PDF].

10. TRACK Discussion/e-Letters

We encourage readers, authors, and other interested individuals and groups to participate in TRACK, the *Annals'* discussion of published articles. TRACK e-letters may be brief and informal (as short as one sentence) or more formal commentaries. They should generally be limited to 400 words and 5 references.

Each article contains links to read and submit comments. We ask authors of accepted manuscripts to identify potential commenters from diverse audiences for the TRACK discussion. To read recent e-letters, visit www.AnnFamMed.org and click on "TRACK Discussion."

References

1. Westfall JM, VanVorst RF, Main DS, Herbert C. Community-based participatory research in practice-based research networks. *Ann Fam Med*. 2006;4(1):8-14. doi: <https://dx.doi.org/10.1370/afm.511>
2. Macaulay AC, Nutting PA. Moving the frontiers forward: incorporating community-based participatory research into practice-based research networks. *Ann Fam Med*. 2006;4(1):4-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1370/afm.509>
3. Macaulay AC, Commanda LE, Freeman WL, et al. Participatory research maximises community and lay involvement. North American Primary Care Research Group. *BMJ*. 1999;319(7212):774-778. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7212.774>
4. Tomoaia-Cotisel A, Scammon DL, Waitzman NJ, et al. Context matters: the experience of 14 research teams in systematically reporting contextual factors important for practice change. *Ann Fam Med*. 2013;11(Suppl 1):S115-S123. doi: <https://dx.doi.org/10.1370/afm.1549>
5. Stange KC, Glasgow R. *Considering and reporting important contextual factors in research on the patient-centered medical home*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2013. AHRQ publication no. 13-0045-EF. Available from: <http://www.pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/ContextualFactors.pdf>
6. Stange KC. In this issue: practice change—context matters. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):198-199. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1532>
7. Iverson C, Christiansen S, Flanagan A, et al. *AMA manual of style: a guide for authors and editors*. 10th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007.

Revised May 4, 2017

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você _____ está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa de cunho institucional do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), intitulada: GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EMPODERAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS, que tem como objetivo principal analisar o grau de empoderamento para o autocuidado de usuários diagnosticados com *Diabetes mellitus*. O tema escolhido se justifica pela importância de promover empoderamento para autocuidado, em usuários da APS com vistas a reduzir a carga desta doença, a intervir diminuindo ou excluindo fatores de risco, a minimizar as complicações e a proporcionar melhor qualidade de vida para as pessoas. O trabalho está sendo realizado pela mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, Fernanda Miranda Seixas Einloft e sob a supervisão e orientação da Prof.^a Dr.^a Luciane kopittke e co-orientação da Prof.^a Dr.^a Margarita Luz Marina Silva Diercks. Para alcançar os objetivos do estudo serão realizados os seguintes passos: Visita domiciliar com aplicação da escala de empoderamento; 08 encontros de educação em saúde, sendo um por semana, com duração de uma hora e trinta minutos cada, a fim de identificar seu contexto de vida, suas condições de saúde e promover um melhor empoderamento para o autocuidado em diabetes, além disso, será coletado no início e no final da pesquisa, amostra para hemoglobina glicada e medida de PA. Importante salientar que você poderá ou não participar deste grupo, dependendo de sorteio aleatório. Caso não seja alocado no grupo intervenção, será mantido o tratamento prévio, o qual já está submetido. Independentemente de estar alocado no grupo intervenção ou no grupo controle, a coleta de HbA1c e medida de PA serão realizadas. A pesquisa somente será realizada se você concordar em participar. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu, _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e aceito ser participante desta pesquisa. Declaro que também fui informado(a) : da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa; de que a minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado pela Unidade de Saúde de minha referência; da garantia que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Fernanda Miranda Seixas Einloft, através do telefone da Unidade de Saúde Costa e Silva, telefone 33441152, ou pessoalmente no endereço da referida Unidade de Saúde: Rua Dante Ângelo Pila, nº 373, Bairro Rubem Berta – Porto Alegre, das 8h às 13h, de segunda-feira à sexta-feira. Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h. Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, _____, de _____ de 20____.

Assinatura do entrevistado(a)

Assinatura da pesquisadora Fernanda Miranda Seixas Einloft

APÊNDICE B – Questionário Sócio-demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Numero do questionário _____ Registro GHC: _____

2. Unidade de Saúde de Referência

- (1) Jardim Leopoldina (2) Costa e Silva (3) Parque dos Maias
(4) Jardim Floresta (5) Conceição

3. Entrevistador _____

4. Data da entrevista ____/____/____

5. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____

6. Sexo: (1) masculino (2) feminino

7. O (a) Senhor (a) sabe ler e escrever?

- (1) não (2) sim (3) só assina o nome

8. Até que série ou ano o (a) Senhor (a) completou (com aprovação) na escola?

_____ série do _____ (88) Não se aplica

9. Qual a sua situação conjugal atual?

- (1) Casado (a)
(2) Viúvo (a)
(3) Separado (a) ou divorciado (a)
(4) Solteiro (a)
(99) Ignorado

10. Mora com alguém?

- (1) Não (2) Sim. Com quem? _____ (99)
Ignorado

11. Há quanto tempo o (a) Senhor (a) sabe que tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

_____ anos (00) menos de um ano (88) Não se aplica (99) Ignorado

12. Mais alguém na sua casa tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Não (2) Sim (88) Não se aplica (99) Ignorado

Agora vamos conversar sobre sua casa:

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

No seu domicílio tem:

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

Resposta:
