



INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – IEP

Curso de Pós-Graduação *strictu sensu*

Mestrado Profissional em Educação em Diabetes

Thaís Pereira Costa Magalhães

**A INTERVENÇÃO DO COACHING NO TRATAMENTO DAS PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 1**

Belo Horizonte

2016

THAÍS PEREIRA COSTA MAGALHÃES

**A INTERVENÇÃO DO COACHING NO TRATAMENTO DAS PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 1**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação do Instituto de Ensino e Pesquisa do grupo Santa Casa de Belo Horizonte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Diabetes.

Orientadora: Prof. Dra. Janice Sepúlveda Reis.

Coorientadora: Prof. Dra. Aleida Nazareth Soares.

Belo Horizonte

2016

“Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.”

Magalhães, Thaís Pereira Costa.

M188i A intervenção do coaching no tratamento das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1./ Magalhães, Thaís Pereira Costa. – Belo Horizonte/MG, 2016.

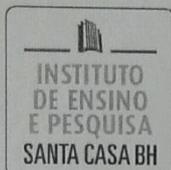
70 f.; il.

Orientadora: Dra. Janice Sepúlveda Reis.

Co-orientadora: Dra. Aleida Nazareth Soares.

Dissertação (Programa de Pós-graduação Stricto Sensu. Mestrado Profissional em Educação em Diabetes).

1. Diabetes Mellitus. 2. Coaching. 3. Autoeficácia. 4. Educação em saúde. I. Magalhães, Thaís Pereira Costa. II. Título. III. Grupo Santa Casa de Belo Horizonte. IV. IEP.



**INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM DIABETES:
MESTRADO PROFISSIONAL

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL DE
THAIS PEREIRA COSTA MAGALHÃES - 18/2016/55

Às nove e trintas horas do dia 14 de dezembro de 2016, reuniu-se em sessão pública, na Sala 2 do Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, a Comissão Examinadora indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação em Diabetes código do Programa CAPES (32058020002P2), para julgar o trabalho de Dissertação de Mestrado Profissional da candidata THAIS PEREIRA COSTA MAGALHÃES intitulado: “**Avaliação da Intervenção do Coaching no Tratamento das Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1**”. requisito final para a obtenção do Grau de Mestra em Educação em Diabetes. Abrindo a sessão, presidindo a Comissão Examinadora, a Dra. Janice Sepúlveda Reis após dar a conhecer aos presentes o teor das normas pertinentes, passou a palavra a candidata, para apresentação de sua Dissertação de Mestrado Profissional. Seguiu-se então a arguição do mesmo pelos examinadores, relativa ao seu trabalho. Logo após, a Comissão Examinadora se reuniu em sessão privada, sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof./Pesq.	Instituição	Indicação
Dra. Janice Sepúlveda Reis (orientadora)	SCMBH	APROVADA
Dra. Aleida Nazareth Soares (coorientadora)	SCMBH	APROVADA
Dra. Paula Lamego Lourenço	SCMBH	APROVADA
Dr. Rodrigo Bastos Fóscolo	UFMG	APROVADA

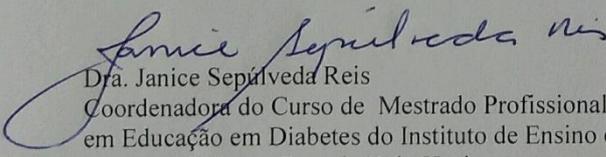
Pelas indicações, a candidata foi considerada APROVADA, cujo resultado final foi-lhe comunicado publicamente pela Presidenta da Comissão Examinadora. Nada mais havendo a tratar, a Presidenta encerrou os trabalhos e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão e, no final, pela Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional. Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2016.

Dra. Janice Sepúlveda Reis (orientadora)

Dra. Aleida Nazareth Soares (coorientadora)

Dra. Paula Lamego Lourenço

Dr. Rodrigo Bastos Fóscolo


Dra. Janice Sepúlveda Reis
Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional
em Educação em Diabetes do Instituto de Ensino e
Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte

Dedico a você, meu filho.

Sua chegada adicionou mais amor e emoção no

desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A cada um que enriqueceu este trabalho, meus agradecimentos:

Pela compreensão e paciência;

Pela valiosa troca de experiência e conhecimento;

Por também acreditar nesta proposta;

Por me incentivar a seguir em frente;

Por solidariamente me apoiar ao longo deste percurso;

E por generosamente participar desta história comigo.

Obrigada, Prof Dra. Janice Sepúlveda Reis, Prof Dra. Aleida

Mazareth Soares, coach Carolina Lara, colegas e professores do

mestrado e do instituto brasileiro de coaching, mãe, pai, Marina,

Daniel, Rafael e queridos pacientes deste estudo.

*“Nada posso lhe dar que já não exista em você mesmo.
Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens além daquele que
já há em sua própria alma. Nada posso lhe dar a não ser a
oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível o
seu próprio mundo e isso é tudo.”*

Hermann Hesse em o “Lobo da Estepe”, 1974.

RESUMO

Acompanhando o aumento da incidência do diabetes tipo 1, muitos avanços no tratamento e no lidar com a doença ocorreram nas últimas décadas. O desenvolvimento de novas insulinas, o aprimoramento das tecnologias de apoio ao paciente e os programas de educação em diabetes são algumas das alternativas surgidas. Porém, mesmo frente a estas evoluções, verifica-se um número elevado de pacientes que não obtêm o controle glicêmico ideal. Em busca de outras alternativas de apoio à pessoa com diabetes, este estudo piloto avaliou a metodologia do *coaching* como forma de operacionalizar o tratamento e estimular o autocuidado, visando alcançar, não só melhores resultados no controle glicêmico, mas também nos demais aspectos que englobam o cenário do diabetes. Dez pacientes, provenientes de um serviço público de referência, que se encontravam com hemoglobina glicada (HbA1c) acima de 7,5%, participaram de oito sessões de *coaching* nas quais foram trabalhados a autogestão do tratamento e o comportamento pessoal frente à doença. A partir da definição de metas e de planos de ação, os participantes se mobilizaram e executaram tarefas em direção aos seus objetivos, o que resultou em redução da HbA1c (8% no tempo inicial e 7,8% 3 meses após o início da intervenção, $p = 0,028$) e aumento de 66% do número de monitorizações glicêmicas semanais ($p = 0,047$). Desta forma, este estudo indicou que o *coaching* pode ser um método auxiliar, capaz de ajudar as pessoas com diabetes tipo 1 a atingirem suas metas no tratamento.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus. Coaching. Autoeficácia. Educação em saúde.*

ABSTRACT

Following the incidence increase of type 1 diabetes, many advances in how to treat and how to deal with the disease have occurred in recent decades. The development of new insulins, the improvement of the technologies to support the patients and the educational programs on diabetes are some of the alternatives that emerged. However, even with these developments, there is still a high number of patients who do not obtain optimal glycemic control. Looking for another alternatives to support people with diabetes, this pilot study evaluated the coaching approach as a way to deal with the treatment and encourage self-care in order to achieve not only better results in glycemic control but also in other aspects of the diabetic condition. Ten patients routinely followed by a reputable public clinic, which were with glycosylated hemoglobin (HbA1c) above 7.5%, participated in eight coaching sessions in which were worked the self-treatment and personal behavior towards the disease. From the definition of goals and action plans, they were mobilized and performed tasks towards their goals, resulting in improved of HbA1c (8% in the initial time and 7,8% 3 months after the beginning of intervention $p = 0.028$) and increase of 66% in the number of weekly glucose monitoring $p = 0.047$. Thus, this study indicated that coaching could be an auxiliary method, able to help people with type 1 diabetes to achieve their goals in treatment.

Key-words: Diabetes Mellitus. Coaching. Health Coaching.goal setting.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos participantes.....	31
Tabela 2. Evolução clínica e laboratorial nos tempos inicial, 3 e 6 meses após a intervenção.	32
Tabela 3. Evolução dos scores dos questionários nos tempos inicial, 3 e 6 meses após o início da intervenção.	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Formato das sessões de coaching realizadas neste estudo.....	28
Figura 2 . Exemplo de tarefa definida pelo participante	28
Figura 3 . Tempos de avaliação durante o estudo.	29
Figura 4. Mediana da pontuação dada pelos participantes a cada área da roda do autocuidado.....	34
Figura 5. Roda do autocuidado em diabetes preenchida por um dos participantes.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B-PAID –	<i>Problem Areas in Diabetes Survey, versão brasileira.</i>
DCCT –	Diabetes control and complications trial
DTD –	Dose total diária de insulina
HbA1c –	Hemoglobina glicada
HDL –	<i>High density lipoprotein</i>
IAC –	<i>International Association of Coaching</i>
IBC -	Instituto Brasileiro de <i>Coaching</i>
IMC –	Índice de massa corpórea
IMDSES –	<i>Insulin Management Diabetes Self Efficacy Scale</i>
LDL –	<i>Low density lipoprotein</i>
MGD –	Monitorização glicêmica domiciliar
PAD –	Pressão arterial sistêmica
PAS –	Pressão arterial sistêmica
SPSS –	<i>Statistical Package Social Science</i>
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UKPDS –	<i>United Kingdom Prospective Diabetes Study</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Diabetes tipo 1	16
2.2	Educação em diabetes	16
2.3	Coaching	17
2.3.1.	Definição	17
2.3.2.	Quais as origens do coaching?	17
2.3.3.	Como a metodologia do coaching é aplicada?	18
2.3.4.	A estrutura básica da sessão de coaching	19
2.3.5.	Técnicas utilizadas pelo coach em cada uma das etapas da sessão	19
2.3.6.	Ferramentas utilizadas no processo de coaching	20
2.3.6.1	Perfil Comportamental	20
2.3.6.2	Roda da Vida	20
2.3.6.3	Roda do autocuidado	21
2.3.6.4	Smart	21
2.3.6.5	Perdas e Ganhos	21
2.3.6.6	Análise do campo de força	22
2.4	Instrumentos de avaliação	22
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo geral	25
3.2	Objetivos secundários	25
4	METODOLOGIA	26
4.1	Critérios de inclusão	26
4.2	Critérios de exclusão	26
4.3	Capacitação em coaching	26
4.4.	Execução do projeto	27
4.5	Análise estatística	29
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	35
7	CONCLUSÃO	44
8	PERSPECTIVAS	45

REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES	51
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

A incidência do diabetes tipo 1 aumentou nas últimas décadas e calcula-se que, em todo o mundo, 0,5 novo caso/100.000 habitantes tem ocorrido a cada ano (1). Acompanhando este crescimento, o tratamento do diabetes avançou e novas maneiras do cuidar foram desenvolvidas, haja vista os programas de educação em diabetes. Porém, ainda assim, mais de 80% das pessoas com diabetes tipo 1 mantêm o mau controle glicêmico, traduzido pela hemoglobina glicada (HbA1c) acima de 7% (2,3).

A pouca adesão ao tratamento é apontada como um dos motivos para esta alarmante estatística (4,5). A adesão, cujo conceito, segundo a organização mundial de saúde, é o “agir em conformidade com as recomendações de um provedor da saúde” (6), é influenciada por uma multiplicidade de fatores, como regimes complexos de tratamento, condição socioeconômica dos pacientes e relacionamento com os profissionais de saúde, dentre outros (7,8). Estudos cuja principal característica é a grande aderência do paciente às modificações do estilo de vida mostraram que o contato frequente e intenso com estes profissionais é uma maneira eficaz de obter adesão ao tratamento de uma maneira global (2,9,10). Sabemos, ainda, que a o contato com uma equipe multidisciplinar também favorece esta melhora (11). Porém, nem sempre, na prática do dia a dia, dispõe-se de uma estrutura intensiva ou multidisciplinar semelhante à natureza destas intervenções.

Neste sentido, a educação em diabetes assume um papel importante, pois, ao proporcionar a aquisição de conhecimentos, cria condições para o paciente assumir o autocuidado e tornar-se mais independente (12,13). Alguns estudos revelam, entretanto, que programas prescritivos, os quais pressupõe haver um *expert* que provê orientações sobre a doença e seu tratamento, muitas vezes não são suficientes para os pacientes iniciarem as mudanças (14,15). Desta forma, entende-se que educá-los pode ser tão importante quanto apoiá-los no planejamento das ações e na definição de metas e prazos, reconhecendo que é o paciente o *expert* em sua vida e a melhor fonte de informação a respeito das mudanças que ele quer e pode implementar (16). Portanto, atualmente, a tendência é estimular a participação

ativa da pessoa com diabetes nas decisões do seu tratamento, tornando-o mais comprometido com seu autocuidado o que, sabe-se, trás melhores resultados no tratamento (15).

Muitas estratégias estão sendo usadas para estimular o comportamento participativo da pessoa com diabetes. Recentemente, uma abordagem conhecida como *coaching* ganhou atenção especial por ser um método capaz de melhorar o desempenho das pessoas em um curto período de tempo (17,18). Pautado em um diálogo entre o *coach* (profissional que aplica o método) e o *coachee* (cliente ou paciente), o *coaching* apoia e encoraja o paciente a fazer as suas próprias escolhas e iniciar as mudanças que ele julga estar pronto para realizar. Inicialmente aplicado na área dos negócios e do esporte, este método, também conhecido como “terapia breve”, quando foi transportado para o campo da saúde demonstrou ter o mesmo impacto (19,20).

O *coaching*, então, passou a ser aplicado em pacientes portadores de doenças crônicas, proporcionando melhora da adesão ao tratamento (20). Uma metanálise publicada em 2013 encontrou setenta e dois estudos que investigaram o processo como uma forma de melhorar os parâmetros de saúde, tais como pressão arterial, peso, qualidade de vida, atividade física, depressão, entre outros. Estes estudos ainda são pequenos em número e carecem de rigor metodológico (17). Pesquisas sobre o *coaching* aplicado no diabetes tipo 2 ainda são poucas(14,16,19-25) e, após extensa revisão no LILACS e PUBMED, este método, no contexto do diabetes mellitus tipo 1, ainda não foi testado no Brasil.

Desta forma, este estudo propôs avaliar como o *coaching* poderia contribuir para a melhora do controle glicêmico, da adesão à insulina, da sobrecarga emocional e da autoeficácia das pessoas com diabetes mellitus tipo 1 provenientes de um serviço público de referência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Diabetes tipo 1

O diabetes tipo 1 é uma doença autoimune que se caracteriza pela destruição das células beta do pâncreas (1). Esta condição acarreta um estado permanente de insulinoopenia, impondo à pessoa acometida a dependência total da insulina exógena. A partir do diagnóstico, inicia-se um tratamento complexo que envolve diversas ações diárias, desde o controle alimentar à monitorização glicêmica, visando assim, obter o controle glicêmico ideal (3).

A HbA1c é o método laboratorial utilizado para avaliar a adesão ao tratamento e o controle da doença. De acordo com as diretrizes atuais, as metas glicêmicas para a pessoa adulta com diabetes tipo 1 são a HbA1c menor que 7%, a glicemia de jejum entre 80-130 mg/dL e as glicemias pós prandiais < 180 mg/dL (26).

Além destas metas, manter-se nos alvos da pressão arterial sistêmica e do perfil lipídico reduz substancialmente o risco da pessoa com diabetes desenvolver as complicações crônicas associadas ao diabetes (9,26).

2.2 Educação em diabetes

A educação em diabetes é parte essencial do tratamento do diabetes tipo 1. Trata-se de transmitir conhecimento e aprimorar as habilidades para o autocuidado, visando contribuir para o controle metabólico e para a atenuação do *stress* emocional associado ao dia a dia do convívio com a doença (27).

Diversas são as maneiras de se aplicar a educação em diabetes e, continuamente, procura-se desenvolver novos modelos para simplificar as intervenções e torná-las mais eficazes (12). É descrito que programas que incluem estratégias comportamentais e psicossociais são as que promovem os melhores resultados (28).

2.3 Coaching

2.3.1. Definição

O *coaching* é um processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências comportamentais, no qual se cria um contexto de transformação para alcançar um estado desejado (29). É também descrito como um método que “destrava o potencial do indivíduo para ampliar seu desempenho”(18), ou seja, encoraja-o a reconhecer seu potencial criativo para encontrar suas próprias soluções.

O método utiliza-se de conceitos, ferramentas e técnicas de diversas ciências e volta-se para a solução dos problemas ao invés da análise da origem deles (30). Esta abordagem focada na solução é um modo efetivo de produzir mudanças (30) e propicia a aceleração do processo. Por isso, o método é, algumas vezes, denominado “terapia breve”.

No *coaching*, parte-se do princípio de que as pessoas têm uma capacidade inata para crescerem e se desenvolverem. Ao iniciar o processo, busca-se a superação de desafios e o desenvolvimento de novas habilidades, permitindo à pessoa decidir o próprio rumo que deseja tomar em sua vida/tratamento. Em resumo, o método incentiva o indivíduo a se tornar mais independente, motivado e preparado para assumir o controle de sua vida (31,32).

Uma grande diferença entre o *coaching* e a psicoterapia é que, no *coaching*, o cliente (*coachee*) é necessariamente alguém sem psicopatologia ou está estabilizada no momento do processo. Portanto, a pessoa reúne condições para realizar mudanças, mas precisa de ajuda para a implementá-las (33).

2.3.2. Quais as origens do *coaching*?

O *coaching* é fruto de um conjunto de elementos originários principalmente da psicologia, da administração, da educação, além da filosofia e sociologia (29). A palavra, de origem inglesa (*coach*), foi utilizada pela primeira vez na Hungria, em

1400, para designar carruagem de quatro rodas. Mais tarde, alunos nobres das universidades inglesas no século XVIII iam para as aulas de *coach*. A partir daí, *coach* passa a designar “tutor particular”, aquele que prepara o aluno para o exame de uma determinada matéria (29).

Em 1831 o termo *coaching* foi utilizado pela primeira vez no âmbito dos esportes e, em 1950, foi introduzido na literatura dos negócios como uma habilidade de gerenciamento de pessoas. A maior tese de doutoramento sobre as raízes e a história do *coaching* foi apresentada em 2008 (29). Atualmente, o *coaching* é aplicado em várias áreas da vida das pessoas: surgem então o *life coaching*, o *healthy coaching*, o *business coaching*, dentre outros (29).

2.3.3. Como a metodologia do *coaching* é aplicada?

Como descrito acima, as pessoas que participam do processo de *coaching* são denominadas *coach* – o profissional, e *coachee* – o cliente ou paciente que contrata o *coach* para acompanhá-lo e direcioná-lo durante o processo. É estabelecida uma parceria ética e de total confiabilidade entre o profissional (*coach*) e o cliente (*coachee*).

O ponto de partida é verificar com o *coachee* a sua situação atual e quais as estratégias implementar para encurtar a distância até a situação desejada. Cabe ao *coachee* apresentar o estado no qual se encontra e a meta que ele deseja atingir, procurando aliar os objetivos a um propósito de vida maior. Ressalta-se que o *coaching* é aplicado de acordo com a agenda do cliente/paciente, refletindo seus desejos e necessidades atuais.

O processo é pautado no diálogo e em perguntas efetivas. Estas são perguntas abertas que possibilitam a reflexão e a elaboração de novas ideias. Inicia-se então o processo, que se realiza por meio da conversação e, durante a qual, técnicas e ferramentas específicas são aplicadas para se chegar ao resultado desejado.

2.3.4. A estrutura básica da sessão de *coaching*

Durante uma sessão de *coaching* as seguintes etapas são seguidas:

- I. **Conexão** (*Rapport*) – técnica usada para criar empatia.

- II. **Proposta/Tema da Sessão** – Identificação do Estado Atual.

- III. **Desenvolvimento da sessão** – Identificação do estado desejado e como alcançá-lo. Planejamento das ações.

- IV. **Aprendizados da sessão**

- V. **Recapitulação** do que foi definido na sessão, **Mensuração** do comprometimento do *coachee* e **Definição** de tarefas para acelerar o alcance das metas.

2.3.5. Técnicas utilizadas pelo *coach* em cada uma das etapas da sessão

- I. O *coach* constrói o *rapport*, mostrando interesse genuíno pelo *coachee* através da escuta ativa e do tom de voz acolhedor. Deve-se garantir um ambiente seguro de confidencialidade e ética. É estabelecida e mantida a confiança e o comprometimento.

- II. O *coach* escuta ativamente, mantém-se focado e interessado no *coachee*. Inicia-se a conversação com um propósito.

- III. O *coach* assume uma postura otimista que encoraja e apoia o *coachee*. Direciona a ele perguntas efetivas para provocar reflexões, explorar opções, novas perspectivas e conscientização. Utiliza-se de técnicas da psicologia positiva e da entrevista motivacional durante todo o processo. Favorece a ressignificação de fatos ruins. O *coach* não aconselha, mas

incentiva o *coachee* a elaborar respostas e a definir suas próprias ações. Abstém-se de todo e qualquer julgamento.

IV. O *coach* apoia o *coachee* a ser produtivo e a manter o foco em seu objetivo.

V. Provê suporte ao *coachee* para que ele determine suas ações através das tarefas. Mensura o quanto ele está comprometido na realização de suas tarefas.

Respeita o tempo e o ritmo do *coachee*, apoiando-o na definição de prazos para a conclusão das tarefas e o alcance do objetivo.

2.3.6. Ferramentas utilizadas no processo de *coaching*

São inúmeras as ferramentas do *coaching*. (ANEXO A)

Aquelas selecionadas para a utilização neste projeto estão relacionadas abaixo.

2.3.6.1 Perfil Comportamental

Esta ferramenta auxilia a pessoa em *coaching* a reconhecer seus comportamentos mais habituais, seus pontos fortes e os de melhoria. A partir dela a pessoa em *coaching* reflete sobre como suas atitudes ajudam ou atrapalham na conquista dos seus resultados.

2.3.6.2 Roda da Vida

Ferramenta mais clássica do processo de *coaching*.

As diversas áreas que compõe a vida de uma pessoa são dispostas em uma roda e cada área é subdividida em uma escala de 0-10, sendo que 0 e 10 representam os níveis mínimo e máximo de satisfação com a referida área, respectivamente.

Isto permite que a pessoa em *coaching* visualize os pontos de desequilíbrio em sua vida, identificando quais merecem mais a sua atenção.

2.3.6.3 Roda do autocuidado

Inspirada a partir da Roda da vida e da Roda da saúde desenvolvida por Wolever *et al.* (16), esta ferramenta expõe as áreas de desequilíbrio do cuidado no diabetes.

Oito aspectos que compõem o tratamento do diabetes tipo 1 foram dispostos na roda e, cada aspecto, dividido em uma escala de 0-10, na qual 0 significa nenhuma dedicação e 10 dedicação total com a referida área.

2.3.6.4 Smart

As letras da sigla Smart referem-se às características que o objetivo precisa reunir. Esta é uma maneira de formatar os objetivos, tornando-os mais claros e realistas.

S – *specific*: especificar o objetivo e descrevê-lo com detalhes;

M – *measurable*: mensurar o objetivo, ou seja, levantar os recursos necessários para alcançá-lo;

A – *attainable*: o objetivo definido é alcançável? Alguém já conseguiu isso?

R – *relevant*: o objetivo é relevante para o *coachee* e para aqueles que o cerca? Está relacionado a um propósito de vida?

T – *time*: qual o prazo para alcançar este objetivo?

2.3.6.5 Perdas e Ganhos

Pesar os ganhos e as perdas que ocorrerão caso o objetivo seja alcançado é uma maneira de se motivar e de se antever frente aos comportamentos sabotadores.

2.3.6.6 Análise do campo de força

Quando um plano de ação é desenvolvido, faz-se necessário analisar os fatores que contribuirão para o resultado e aqueles que poderão ser um obstáculo à conclusão das metas.

Portanto, esta ferramenta possibilita à pessoa em *coaching* alistar os recursos “facilitadores” e se antecipar às dificuldades.

Esta ferramenta foi elaborada para este estudo (APÊNDICE A).

2.4 Instrumentos de avaliação

Três questionários foram escolhidos para serem utilizados como instrumentos de avaliação. Eles foram selecionados considerando aqueles que abordam os aspectos relacionados ao diabetes tipo 1 e/ou que foram validados em português (ANEXO B).

2.4.1. Questionário *Morisky-Green*

O teste de *Morisky-Green* avalia a aderência ao uso de medicamentos de qualquer tipo. Trata-se de um questionário preenchido pelo próprio paciente e composto de sete questões respondidas de forma dicotômica em “sim” ou “não”, sendo que uma resposta “sim” equivale a zero ponto e uma resposta “não” vale um ponto, exceto a quinta questão, cuja pontuação é reversa. A oitava e última questão é respondida com uma das quatro opções “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”. A escala de oito itens, escolhida para ser utilizada neste trabalho, tem sensibilidade maior do que a escala original de quatro itens e foi validada para o português (34,35).

O grau de adesão à medicação é determinado pela soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6-7 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos). As respostas “nunca”, “quase nunca” são pontuadas com 1 ponto e as

respostas “às vezes”, “frequentemente” e “sempre” foram pontuadas com 0 (zero) (35).

2.4.2. *Insulin management Diabetes Self Efficacy Scale (IMDSES)*

Este é um instrumento autoaplicável desenvolvido para avaliar a autoeficácia entre as pessoas com diabetes tipo 1 e tipo 2. Segundo Bandura, citado por Wong-Rieger e Rieger(15) a autoeficácia é um termo que define a crença de um indivíduo em sua capacidade de realizar algo a que ele se propõe (15) .

No Brasil, este instrumento foi validado e adaptado em 2007 apenas para pessoas com diabetes do tipo 1, por Gastal, Pinheiro e Vazquez (36). No instrumento validado foram realizadas algumas mudanças para que houvesse melhor entendimento. Os itens foram colocados com sentenças afirmativas, diferentemente do instrumento original, cujos itens também se apresentam com frases negativas. Reduziu-se o número de questões de 28 para 20 a fim de garantir resultados mais confiáveis e modificou-se a redação dos itens 1, 6 e 10 com acréscimo de exemplos. Modificou-se também a escala de Likert a ser assinalada para 4 pontos e acrescentou a possibilidade de assinalar uma quinta alternativa, o “não se aplica”, computado como *missing*. Cada resposta deve ser classificada de 1 a 4, sendo que 1 significa que concorda totalmente e 4 discorda totalmente.

Para interpretação da escala, a pontuação é escore reverso. O questionário avalia a autoeficácia dos pacientes e, por se tratar de um conceito dinâmico, não há um ponto de corte que indica alta ou baixa autoeficácia.

O questionário é auto aplicativo e são avaliados três subescalas:

Subescala 1: Manejo do geral do diabetes (7 questões)

Subescala 2: Manejo da insulina (5 questões)

Subescala 3: Dieta (8 questões)

2.4.3. *Problem Areas in Diabetes Survey* (B-PAID)

O *Problem Areas in Diabetes Survey*, B-PAID, é um questionário desenvolvido para avaliar indivíduos adultos com diabetes em risco para sobrecarga emocional (37). É a versão brasileira validada por Gross *et al.*(37), em 2007, a partir do questionário PAID (*Problems Areas in Diabetes Scale*) (38). O B-PAID contém 20 questões que mensuram o sofrimento emocional ligado ao diabetes e ao seu tratamento. O questionário é auto aplicativo e nele são explorados quatro domínios:

Subdimensão 1-Problemas emocionais relacionados ao diabetes (12 questões)

Subdimensão 2- Problemas relacionados ao tratamento (03 questões)

Subdimensão 3- Problemas relacionados à alimentação (03 questões)

Subdimensão 4 - Problemas relacionados ao apoio social (02 questões)

Cada questão é avaliada em uma escala de 5 pontos, variando de 0 (“não é um problema”) até 4 (“é um problema sério”), com maior pontuação final indicando maior sofrimento emocional (37). Para o alcance do escore, somam-se as respostas de 0-4 dadas nos 20 itens da escala e multiplica-se esse resultado por 1,25 que produzirá um escore que varia de 0 -100. Escore acima ou igual a 40 pontos indica alto nível de sofrimento emocional. Para essa pontuação utiliza-se uma escala Likert de 5 pontos variando de: “Não é um problema=0”; “É um pequeno problema=1”; “É um problema moderado=2”; “É quase um problema sério=3”; “É um problema sério=4”.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a metodologia do *coaching* no atendimento interdisciplinar às pessoas com o diabetes tipo 1.

3.2 Objetivos secundários

a) Avaliar alteração da HbA1c, do colesterol total e de suas frações HDL e LDL, dos triglicérides, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e índice de massa corpórea (IMC);

b) Avaliar o efeito do *coaching* na adesão às medicações, na dose diária de insulina (DTD), na automonitorização glicêmica (MGD), na sobrecarga emocional e na autoeficácia dos participantes.

c) Descrever os objetivos dos pacientes, seu perfil comportamental predominante e analisar a pontuação recebida em cada área da roda do autocuidado em diabetes.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (APÊNDICE B). Os pacientes foram selecionados no ambulatório de diabetes tipo 1 da Santa Casa de Belo Horizonte.

4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes diabéticos tipo 1, entre 19 e 65 anos, com ensino fundamental completo, que estivessem no serviço de especialidades médicas da Santa Casa de Belo Horizonte e acompanhado por equipe interdisciplinar há mais de um ano e que, ainda assim, mantivessem a HbA1c acima de 7,5%.

4.2 Critérios de exclusão

Analfabetos e deficientes visuais; pessoas com depressão diagnosticada ou em uso de antidepressivos para qualquer fim, demências e esquizofrenia, por constituírem impedimentos à aplicação do *coaching*. Pacientes em fila de transplante e gestantes também foram excluídos do projeto.

4.3 Capacitação em *coaching*

A pesquisadora principal, a qual aplicou o *coaching*, recebeu treinamento em “*Professional and Self Coaching*” no Instituto Brasileiro de *Coaching* (IBC), instituição particular, internacionalmente reconhecida.

O treinamento compreendeu um curso introdutório online de trinta horas e treinamento teórico-prático de cento e vinte horas, o qual aconteceu no período dos dias vinte e nove de maio a primeiro de junho e dezenove a vinte e dois de julho de dois mil e quatorze.

O treinamento e a realização do trabalho de conclusão de curso garantiram à aluna o certificado de *coach* reconhecido pelo *International Association of Coaching* (IAC), organização mundial dedicada ao avanço da profissão de *Coaching* (ANEXO C). A certificação tornou a aluna apta para atuar como *coach*, aplicando as técnicas do *coaching* e suas ferramentas em pessoas, equipes e organizações.

4.4. Execução do projeto

Decidiu-se realizar um estudo piloto uma vez que não se obteve o número de participantes previamente definido: somente dezesseis pacientes atenderam aos critérios de inclusão. Doze aceitaram participar e dois foram excluídos ao longo da intervenção: um por intercorrência clínica que resultou em descompensação do diabetes e outro por intercorrência psiquiátrica, sendo necessário iniciar medicamento antidepressivo.

O projeto foi apresentado aos candidatos através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e através do *Coaching Education*, expressão utilizada no universo do *coaching* e que retrata a maneira de explicar o processo às pessoas. (APÊNDICE C-D)

A intervenção constituiu-se de oito encontros semanais com duração de uma hora cada. O formato habitual do processo de *coaching* compõe-se de dez a doze sessões, mas, neste estudo, o número foi reduzido para se adaptar ao delineamento do estudo e à estrutura do serviço público.

Os aspectos do *coaching* abordados em cada sessão deste estudo estão apresentados abaixo. (FIG. 1)

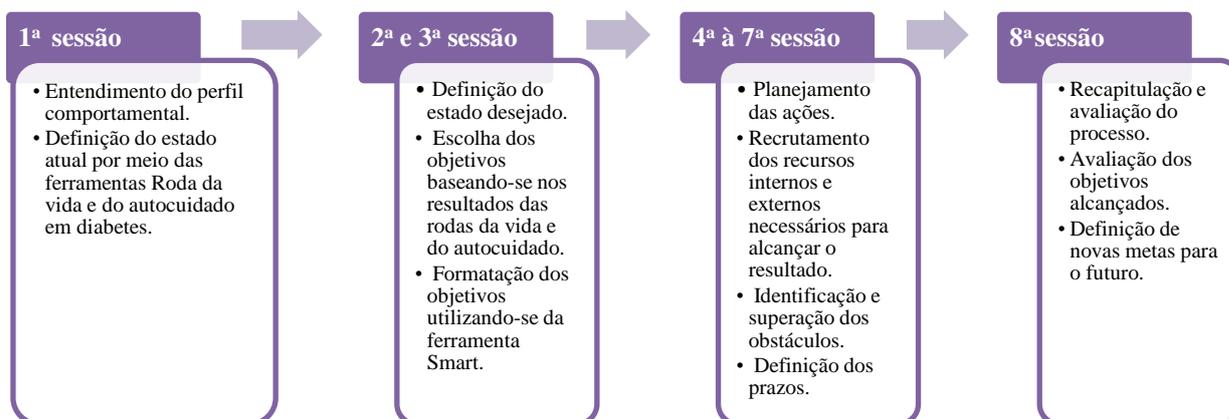


Figura 1. Formato das sessões de *coaching* realizadas neste estudo.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto aos objetivos trabalhados pelos pacientes, estes foram focados tanto em categorias relacionadas à saúde quanto em categorias profissionais e pessoais. Para alcançar o objetivo, pequenos passos foram definidos em direção ao resultado pretendido. Para isso, ao final de todas as sessões definiam-se tarefas semanais e os participantes comprovavam a realização delas por meio de fotos, mensagem de celular ou documentos. As tarefas eram escolhidas pelos próprios pacientes os quais determinavam como e quando eles iriam executá-las. (FIG. 2)

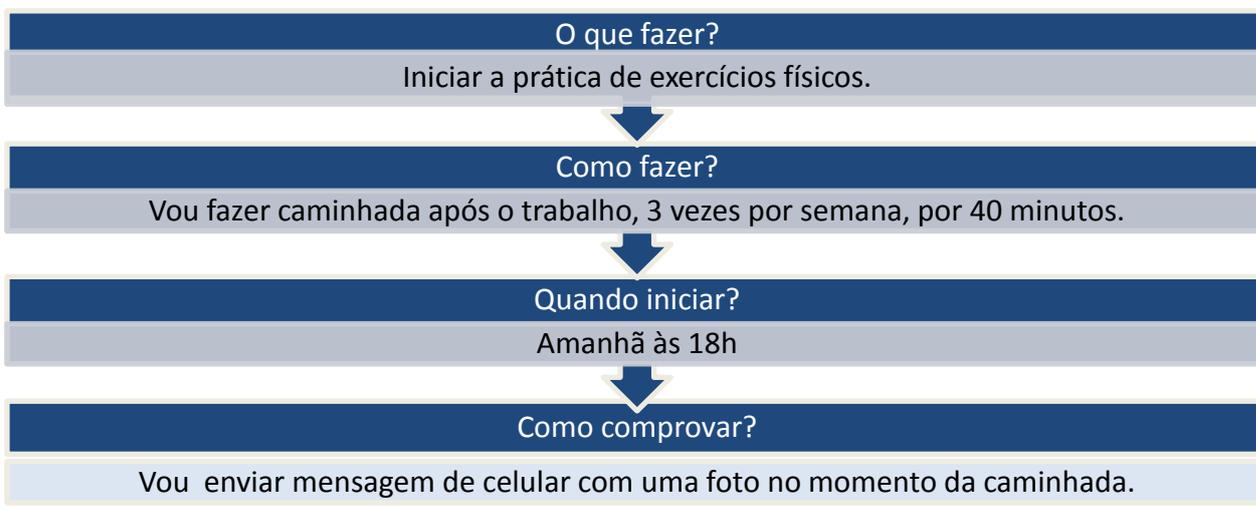


Figura 2 . Exemplo de tarefa definida pelo participante

Fonte: Elaborado pela autora

Foram coletados, em três tempos os dados clínicos (IMC, PAD, PAS), os exames bioquímicos (HbA1c, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicérides), a DTD e a frequência da MGD. Os questionários Morisky, IMDSES e B-PAID também foram aplicados aos participantes nestes três momentos. (FIG. 3)

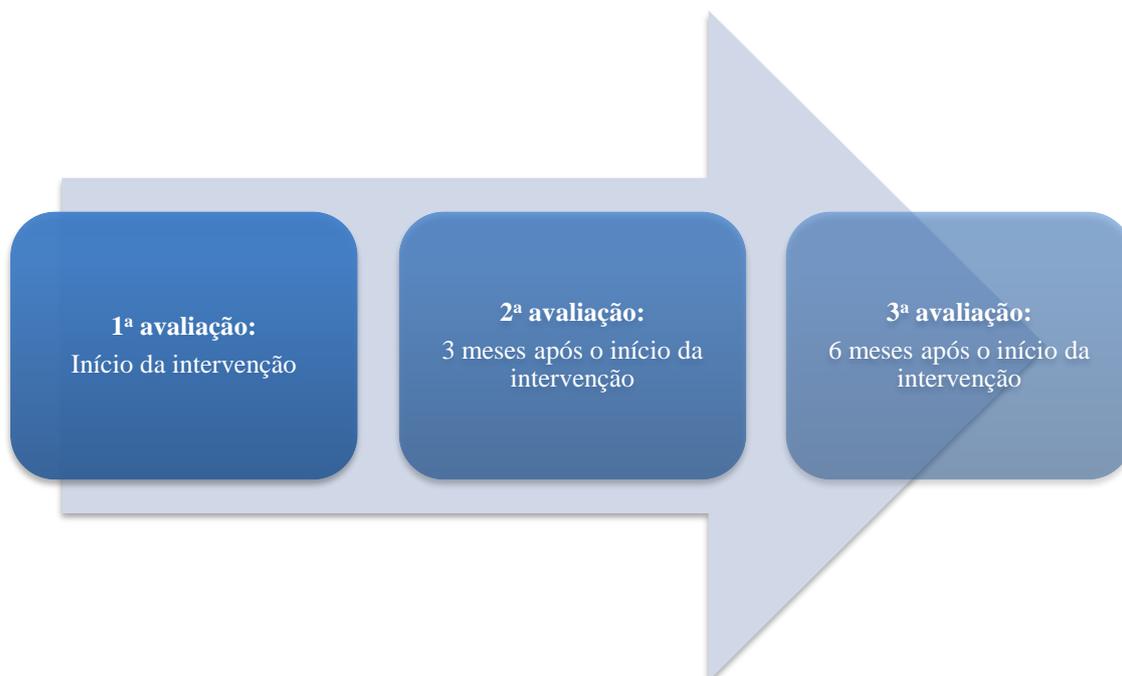


Figura 3 . Tempos de avaliação durante o estudo.

Fonte: Elaborado pela autora.

Durante o processo, quando ocorreu a necessidade de ajuste do tratamento medicamentoso, a pesquisadora pôde intervir sob a orientação do médico assistente. Durante as sessões de *coaching* os pacientes não receberam orientações sobre educação em diabetes. A ideia era que o *coaching* estimulasse o paciente a colocar em prática o conhecimento já adquirido sobre o manejo da doença.

4.5 Análise estatística

A descrição das variáveis contínuas foi realizada pelas medidas de tendência central (média e mediana), desvio-padrão, percentis 25 e 75, mínimo e máximo. Foi utilizado o teste não paramétrico *Wilcoxon* para realizar as comparações múltiplas (dois a

dois) das variáveis. As análises foram realizadas no software SPSS (*Statistical Package Social Science*) versão 20.0. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

Dez pessoas com diabetes tipo 1 completaram o estudo. A amostra final se caracterizou, na sua maioria, por participantes do sexo feminino, com ensino médio completo e renda familiar mensal de 3-4 salários-mínimos (TAB. 1).

Tabela 1. Características dos participantes.

Variáveis	Média ± DP/ n (%)
	n=10
Idade (anos)	30 ± 8
Tempo de acompanhamento (anos)	7 ± 3,8
Tempo de diagnóstico (anos)	13 ± 6,4
Gênero	
Masculino	4 (40%)
Feminino	6 (60%)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo	1 (10%)
Ensino médio completo	7 (70%)
Terceiro grau completo	2 (20%)
Renda Familiar Mensal (salários mínimos)	
1-2	2 (20%)
3-4	6 (60%)
≥ 5	2 (20%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao início do estudo, a mediana da HbA1c foi de 8% havendo redução significativa após 3 meses do início da intervenção (p=0,034). A MGD apresentou aumento significativo da sua frequência entre o início do estudo e 6 meses após a intervenção (p=0,049). A DTD e o IMC não apresentaram alterações significativas na comparação entre os tempos.

Os demais dados clínicos e bioquímicos também não sofreram modificações significativas após a intervenção (TAB. 2).

Tabela 2. Evolução clínica e laboratorial nos tempos inicial, 3 e 6 meses após a intervenção.

Variáveis	Inicial	3 meses	6 meses	P(0-3)	P(0-6)	P(3-6)
IMC (kg/m ²)	24,1 (20-40)	23,9 (20,3-40)	23,9 (19,9-39,9)	0,837	0,414	0,307
HbA1c (%)	8 (7,6-10,3)	7,78 (6,5-10)	8,3 (7,13-9,27)	0,028	0,386	0,139
DTD (UI/kg/dia)	0,8 (0,35-2,2)	0,72 (0,44-1,63)	0,76 (0,46-1,18)	0,475	0,838	0,184
MGD(número/semana)	16,5 (0-42)	29 (7-42)	27,5 (10-48)	0,220	0,047	0,959
Colesterol Total (mg/dL)	161 (117-252)	159,5 (119-246)	159,5 (119-223)	0,999	0,386	0,153
Colesterol LDL (mg/dL)	91,5 (37-173)	85,5 (57-154)	94,5 (53-146)	0,721	0,284	0,475
Colesterol HDL (mg/dL)	61 (36-96)	55,5 (40-112)	57 (30-97)	0,610	0,838	0,307
Triglicérides (mg/dL)	65 (49-124)	77 (54-147)	68,5 (16-111)	0,023	0,999	0,541
PAS (mmHg)	120 (110-140)	125 (100-150)	115 (100-130)	0,958	0,095	0,157
PAD (mmHg)	80 (70-100)	80 (70-100)	80 (60-90)	0,564	0,257	0,166

Notas: Valores expressos em mediana (mínimo-máximo); Teste de *Wilcoxon* significativo a 5%.

IMC (Índice de Massa Corpórea); HbA1c(Hemoglobina glicada); DTD (Dose Total Diária de Insulina); MGD (Monitorização de Glicemia Domiciliar); PAS (Pressão Arterial Sistólica); PAD (Pressão Arterial Diastólica).

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos instrumentos de avaliação, ocorreu redução da pontuação total dos questionários B-PAID e IMDSES após intervenção, porém, estas alterações não foram estatisticamente significativas. O questionário Morisky, que avaliou a adesão

ao uso da insulina, apresentou, desde o início, resultado de média adesão, permanecendo assim durante todo o estudo. (TAB. 3)

Tabela 3. Evolução dos scores dos questionários nos tempos inicial, 3 e 6 meses após o início da intervenção.

Questionários	Inicial	3 meses	6 meses	P(0-3)	P(0-6)	P(3-6)
B-PAID	21 (6-54)	17 (10-56)	13 (4-49)	0,574	0,200	0,136
IMDSES	41 (26-52)	35 (25-51)	36 (22-52)	0,081	0,283	0,413
Morisky	6 (5-7)	7 (4-7)	7 (3-7)	0,579	0,907	0,659

Nota: Valores expressos em mediana (mínimo-máximo); Teste de *Wilcoxon* significativo a 5%.
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos objetivos escolhidos pelos participantes, na área da saúde, quatro escolheram melhorar o controle do diabetes, três deles escolheram a redução do peso como objetivo principal e os demais definiram que ter uma rotina de exercício físico era a prioridade a ser alcançada ao final do processo. Já no aspecto da vida pessoal e profissional, os objetivos variaram entre realizar pós graduação, ingressar na faculdade, estabilidade financeira e conseguir um emprego.

A mediana da pontuação dada pelos participantes a cada área da roda do autocuidado está demonstrada na FIG 4.

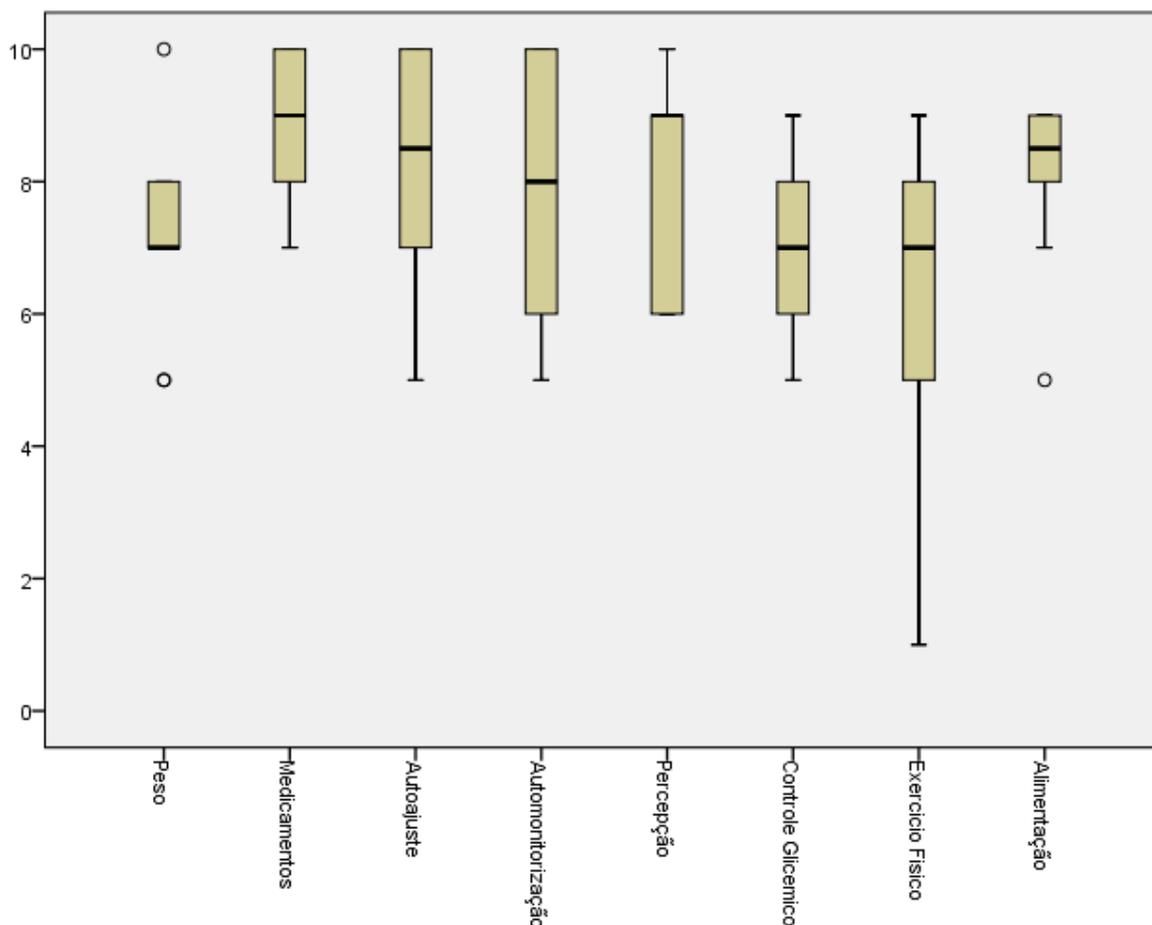


Figura 4. Mediana da pontuação dada pelos participantes a cada área da roda do autocuidado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os menores valores medianos da pontuação da roda estão relacionados às áreas do peso corporal (mediana: 7 mínimo-máximo: 5-7), exercício físico (mediana: 7 mínimo-máximo: 1-9) e controle glicêmico (mediana: 7 mínimo-máximo: 5-9). A menor nota (pontuação = 1) da roda do autocuidado foi dada por um dos pacientes à área do exercício físico. As maiores variações de pontuação estão para os itens automonitorização e exercício físico representando pontuações mais heterogêneas e as menores para as áreas do peso e da alimentação representando pontuações mais homogêneas.

Sobre o perfil comportamental, oito participantes preencheram os critérios para o perfil comunicativo e dois dos participantes para o perfil analista.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo piloto demonstraram que o *coaching* pode ser um método capaz de ajudar as pessoas com diabetes tipo 1 a aproximarem dos seus alvos terapêuticos. Utilizando-se de técnicas e ferramentas próprias, o processo de *coaching* encorajou os pacientes a buscarem suas respostas, escolherem seus objetivos e caminharem em direção ao resultado pretendido. Portanto, diferente de alguns programas educacionais, nos quais o conhecimento é transferido verticalmente e metas são prescritas, no *coaching* é o *coachee* quem conduz o seu processo, estabelecendo como e em que prazo as mudanças serão realizadas (39).

Garantir esta autonomia ao paciente, convidando-o a se tornar participativo nas decisões do seu tratamento, aumentam as chances dele alcançar seus resultados, conforme descreveu Funnell e Anderson (31). Trata-se, portanto, de favorecer o comprometimento da pessoa frente às próprias decisões ao invés de estimular a sua adesão ao tratamento, uma vez que este termo, segundo a organização mundial de saúde, refere-se ao modo de agir de acordo com o que foi prescrito por outrem (6).

No sentido de incentivar os pacientes a definirem seus objetivos e metas, este estudo utilizou-se da roda do autocuidado em diabetes para ajudar os participantes a reconhecerem as áreas do seu tratamento que mereciam mais atenção. Este reconhecimento foi o ponto de partida para que eles decidissem qual objetivo gostariam de trabalhar no processo e como seria o caminho percorrido até ele. Esta ferramenta foi muito apreciada e alguns pacientes se surpreenderam quando visualizaram as fontes de desequilíbrio do seu tratamento e o formato desigual que a roda assumiu após ter sido pontuada e preenchida. (FIG 5).

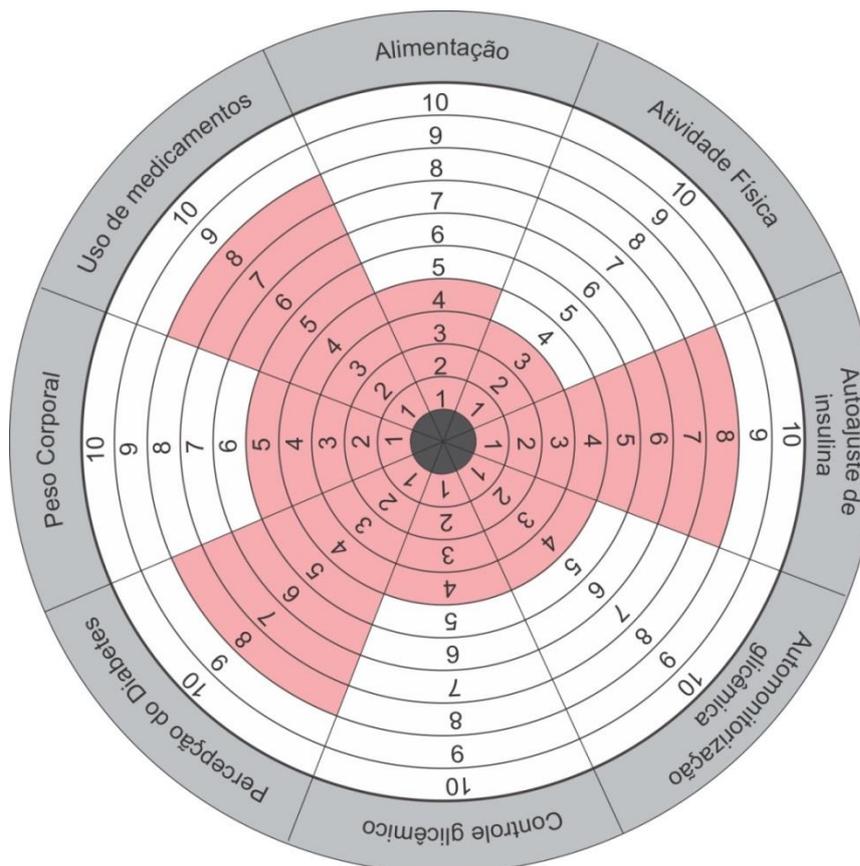


Figura 5. Roda do autocuidado em diabetes preenchida por um dos participantes.

Nota-se que a atividade física foi a área que recebeu menor pontuação, seguidas da automonitorização glicêmica, controle glicêmico e alimentação. As áreas receberam pontuações diversas, resultando em uma roda bastante irregular, decorrência dos desequilíbrios no tratamento. Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados mostraram que a maioria dos participantes deram uma pontuação elevada para a maioria das áreas do autocuidado, indicando que os mesmos avaliam despende atenção suficiente aos diversos aspectos do tratamento. As áreas que receberam menor pontuação foram atividade física, controle glicêmico, monitorização glicêmica e peso corporal, as quais, então, constituíram-se em objetivos escolhidos pelos participantes.

Neste trabalho, estabelecer objetivos relacionados à saúde e também às áreas pessoais e/ou profissionais teve a intenção de incentivar a busca pelo propósito de vida, fazendo-os compreender que manter-se saudável é condição necessária para o alcance dos resultados nos outros setores da vida.

Assim, depois que estas lacunas do tratamento foram reconhecidas e os objetivos definidos, os pacientes foram convidados a realizar tarefas no intervalo entre as sessões. As tarefas nada mais são do que as metas que conduzem ao objetivo maior e têm o propósito não só de estimular os pacientes à ação, mas também de mantê-los focados no processo de mudança.

Estabelecer metas é descrito como uma maneira efetiva de melhorar o desempenho no tratamento e esta prática é recomendada pela *American Diabetes Association* e *American Association of Diabetes Educators*, citado por Schneider *et al.* e Bodenheimer, Davis e Holman respectivamente (19,40). Aqui, as metas foram postas por meio de tarefas, com prazos para serem iniciadas e concluídas. Elas foram definidas pelos próprios pacientes, a partir do que eles julgavam ser a meta mais importante ou a que eles estavam mais aptos ou motivados para executar.

O *coaching* estabelece uma abordagem centrada no paciente, buscando resgatar as respostas que ele já tem dentro de si. Ao pressupor que o *coachee* é o maior conhecedor das suas competências, dificuldades e motivações (32), o *coaching*, a partir da técnica das perguntas efetivas, chama os pacientes a explorarem suas respostas e buscarem as próprias soluções para o enfrentamento das adversidades (23). Este recurso foi bastante utilizado na intervenção e ampliou as alternativas dos pacientes frente aos seus obstáculos, criando possibilidades de novas atitudes, mais criativas e producentes.

“Quais as ações você pode realizar para alcançar este resultado?”

“O que você pode fazer hoje para caminhar em direção às suas metas?”

“Como você pode ser mais comprometido?”

“Se você pudesse ter uma atitude que te traria uma experiência melhor, qual seria?”

“Se o diabetes pudesse te trazer algo de bom, o que seria?”

“Se este episódio pudesse te trazer um grande aprendizado, qual seria?”

Alicerçado nos princípios da psicologia positiva, o *coaching* volta-se para a solução dos problemas e para valorização das competências pessoais (41-44). As competências reconhecidas ou adquiridas ao longo deste processo se estenderam para além do tratamento do diabetes, trazendo consequências positivas também para a vida pessoal e profissional dos participantes, de acordo com seus relatos, descritos ao final desta discussão.

A análise do perfil comportamental foi uma das ferramentas que permitiu aos pacientes reconhecerem suas competências, seus valores e o modo que se comportam frente aos desafios do dia a dia. A partir disso, foram estimulados a refletir sobre como seu comportamento poderia ajudar ou atrapalhar na busca dos resultados que desejavam. A maioria dos participantes apresentou um perfil que valoriza o trabalho em equipe, a igualdade e o bem-estar coletivo, comportando-se como um agregador que busca o consenso. Dois apresentaram o comportamento que valoriza a ordem e o controle, procurando viver de forma detalhista e organizada. Não houve participantes que preenchessem critérios para o perfil executivo, o qual busca resultados rápidos, nem tampouco para o perfil idealista, o qual valoriza a criatividade e a liberdade.

Outra característica do *coaching* é a agilidade com que promove os resultados fazendo que seja, por vezes, cunhado “terapia breve”. A abordagem situada na solução dos problemas (45) e as ações executadas nas tarefas, contribuem para acelerar o processo (45,19). Esta peculiaridade, no contexto do diabetes, é desejável, já que a condição exige rapidez na mudança de hábitos como forma de prevenir as complicações agudas e crônicas da doença. Neste estudo, os benefícios do *coaching* puderam ser percebidos após oito encontros semanais.

Os pacientes avaliaram a experiência do *coaching* positiva e concluíram o processo sem nenhuma abstenção ou desistência das sessões, diferindo das estatísticas sobre adesão aos programas educacionais, cujas taxas variam entre 4-57% (46). Todos os integrantes deste trabalho eram provenientes de um serviço público de saúde e a maioria apresentava renda familiar e escolaridade baixas. Estes fatores, entretanto, não impediram que o método fosse compreendido, apreciado e que trouxesse mudanças objetivas e subjetivas aos integrantes. A boa aceitação do

método pelos pacientes e sua aplicabilidade em pessoas de todos os níveis socioeconômicos já foram relatadas nos estudos Thom *et al.* (25) e de Liddy *et al.* (46), dentre outros (47,14,16).

Ainda que este seja um estudo piloto, foi possível verificar, posteriormente à intervenção, alguns importantes resultados, tais como, a melhora estatisticamente significativa da hemoglobina glicada e da frequência de automonitorização glicêmica.

A redução da HbA1c neste estudo possivelmente se correlacionou ao aumento da MGD e às tarefas associadas à realização de exercícios físicos e ao comprometimento com a dieta, atitudes que têm influência direta no controle glicêmico. A dose da insulina e a adesão à sua aplicação provavelmente não tiveram influências neste resultado, uma vez a DTD e a pontuação do questionário *Morisky*, respectivamente, não apresentaram alterações nas avaliações pós intervenção. Estudos que avaliaram o *coaching* aplicado no diabetes tipo 2 também encontraram melhora da HbA1c e este dado foi correlacionado genericamente à melhor capacidade dos pacientes autogerirem o tratamento após serem submetidos ao processo de *coaching* (16,17). Um estudo piloto sobre diabetes tipo 1 e *coaching* também demonstrou melhora da HbA1c ao final da intervenção (48).

Gomes *et al.* (3) demonstraram que existe pouca correlação entre a HbA1c e a MGD, exceto quando há intervenção educacional. Nesta situação, ao monitorar as glicemias, o paciente tende a realizar o ajuste de doses da insulina e, sabe-se, este é um dos fatores mais importantes para a melhora do controle glicêmico (49,50). Neste trabalho, os pacientes selecionados já participavam de programas educacionais em média há 7 anos, porém, o autoajuste de insulina, aqui, não foi diretamente avaliado.

A sobrecarga emocional, variável medida pelo questionário B-PAID, já apresentava, ao início da intervenção, *score* total menor que 40, indicando baixo nível de *stress* relacionado à doença. Ainda assim, ocorreu redução adicional da pontuação total nas avaliações de três e seis meses. Apesar de não ter havido significância estatística, é descrito que o *coaching*, a partir de sua abrangência integral, pode trazer benefícios à qualidade de vida dos pacientes com diabetes tipo 2 (51).

Da mesma forma, os resultados não demonstraram redução significativa da pontuação total do questionário IMDSES nos períodos de avaliação deste estudo inicial. De todo modo, o aumento da MGD e alguns relatos dos pacientes permitem conjecturar que o método, quando for aplicado a um universo maior de pacientes, ou em um contexto de intervenção mais prolongada, pode aprimorar a capacidade para o autocuidado das pessoas com diabetes tipo 1.

A melhor qualidade de vida das pessoas com diabetes que se submetem a intervenções voltadas para o autocuidado já foi descrita em vários estudos, segundo metanálise de Cochran e Conn (51). Nishita *et al.* (52), demonstraram em seu trabalho que este resultado é tempo-dependente, ou seja, quanto mais longo é o processo de *coaching*, maior é a melhora da qualidade de vida. A melhora da adesão medicamentosa e da autoeficácia também foram relatados em diversos trabalhos de *coaching* aplicado ao diabetes tipo 2. Estas variáveis foram analisadas, nestes estudos, por questionários padronizados semelhantes aos utilizados neste estudo (16,52).

Estes mesmos trabalhos mostram que os benefícios do *coaching* se perpetuam em longo prazo e que os resultados são mais robustos quanto mais longo for o processo (52,53). Neste estudo, a melhora da HbA1c não se manteve na avaliação seis meses após o término da intervenção, porém, este é um dado que deve ser analisado com cautela, tendo em vista a característica deste estudo.

Além dos resultados descritos acima, foi possível notar que o *coaching* vale-se como um método auxiliar à educação em diabetes, operacionalizando o conhecimento já adquirido nestes programas. Rodrigues *et al.* (54), mostraram em seu trabalho que, apesar dos participantes terem obtido bom *score* para conhecimento no diabetes, não modificaram a atitude para o enfrentamento adequado da doença. No mesmo sentido, propõe-se que os programas educacionais devam ser complementados com o apoio à autogestão do tratamento (15).

Os programas educacionais, portanto, mostram-se indispensáveis uma vez que, ao transmitir conhecimento e orientações, promovem um cenário favorável para que os

princípios do *coaching* sejam amplamente aplicados: quando informados, os pacientes estão aptos a definir suas metas e realizar suas escolhas de forma consciente.

No contexto do diabetes tipo 1, no qual o tratamento é complexo e minucioso, o *coaching* exerceu não só o papel de promover a sua gestão, mas também de manter o paciente focado e motivado ao longo do seu tratamento. Alguns relatos dos participantes corroboram estes achados.

“O processo de *coaching*, para mim, incluiu muito aprendizado. É uma maneira incrível de lidar com o diabetes, fazendo com que a vida se torne mais leve.” (JAS, 22 anos).

“Estou animada e com coragem. Consigo agora ver o lado bom das coisas. Se eu não tivesse diabetes eu não estaria aqui fazendo o *coaching*.” (LLSLG, 19 anos).

“Antes eu via o tratamento do diabetes como uma obrigação. Agora eu vejo como um caminho que me levará para um objetivo maior: ter minha saúde e poder continuar fazendo aquilo que quero e gosto na minha vida. Este processo produziu mudanças positivas no modo que vejo o tratamento do diabetes e no modo que me vejo. Posso aplicar os conhecimentos adquiridos aqui em qualquer área da minha vida.” (CFE, 32 anos).

“Desde a primeira sessão, o *coaching* mudou muito a minha vida: comecei a pensar no futuro, fiz inscrição no ENEM, estou fazendo curso preparatório e estudando. Estou com um comportamento mais flexível no trabalho e no cuidado com o diabetes. Vou fazer faculdade ano que vem.” (LAC, 33 anos).

“Em pouco tempo o *coaching* mudou muita coisa na minha vida.” (MJO, 33 anos).

“O *coaching* trouxe várias mudanças no meu tratamento, como ajuste de doses e cumprimento de horário da aplicação da insulina.” (ECGP, 29 anos).

“Hoje eu realizo atividade física, sigo a orientação nutricional e estou estudando para entrar na faculdade: são atividades que eu pensava não ser capaz de fazer.” (LAC, 33 anos)

“Melhorei muito o lidar com o diabetes, liberei-me de vários “pesos” e aprendi que posso muito e posso tudo, só preciso ter foco.” (FAVS, 43 anos).

“O que me pediam para fazer às vezes não se encaixava na minha rotina.” (ECGP, 29 anos).

“Escolher a hora, data e local para cumprir as tarefas (metas) e ainda ter que comprovar que eu as realizei me ajudou muito. Antes tudo ficava só nos planos. Eu queria fazer, mas não conseguia e só ficava vendo o tempo passar.” (FAVS, 43 anos).

“Aprendi a lidar comigo. Percebi que, ao longo da vida construí muros difíceis de serem escalados, mas agora sei que posso usar outro caminho e obter resultados.” (FAVS, 43 anos).

“Eu não sabia como eu estava me cuidando até agora. Visualizar na roda do autocuidado a atenção que tenho dado a cada um dos aspectos do meu tratamento foi uma surpresa para mim!” (ECGP, 29 anos).

O desenho deste estudo e a maneira como o *coaching* foi aplicado assemelharam-se a outros artigos publicados sobre o assunto (14,17). Entretanto, foi possível observar que os modelos de *coaching* utilizados nos trabalhos aqui citados foram muito diversos: alguns focaram a abordagem em valores pessoais, outros em propósito de vida e, a maioria, não detalhou o programa utilizado. Ainda assim, a definição de objetivos, a atenção individualizada, o acompanhamento frequente e centrado no paciente são características que estão presentes na maioria dos estudos, segundo metanálise de Sherifali *et al.* (14) . No mesmo sentido, a maneira como o *coaching* foi aplicado diferiu entre os estudos, havendo aqueles que empregaram o método presencialmente, outros online ou por telefone. Alguns programas foram aplicados por profissionais de saúde outros pelos pares e, por fim,

em alguns estudos realizou-se o *coaching* individual e, em outros, *coaching* em grupo. O tempo de intervenção também variou sendo que, a maioria, apresentou duração maior que seis meses. Dito isto, mesmo frente à heterogeneidade inerente às intervenções do *coaching*, não observamos diferenças importantes nas comparações dos resultados entre este estudo e os demais (16). Deve-se ressaltar, entretanto, que os dados da literatura confrontados aqui, referem-se principalmente ao método aplicado ao diabetes tipo 2, pois encontramos apenas um estudo semelhante aplicado ao diabetes tipo 1(48).

7 CONCLUSÃO

O *coaching* pode ser uma estratégia complementar aos programas educativos já que contribui para as pessoas com diabetes mellitus tipo 1 autogerirem o seu tratamento e, assim, buscarem suas metas. A intervenção trouxe efeitos que foram além da melhora da HbA1c e da MGD, afetando positivamente questões pessoais e profissionais dos participantes.

Ainda que este seja um estudo piloto, foi possível obter resultados positivos após a intervenção e, portanto, inferir que o *coaching* pode ser aplicado no âmbito do serviço público onde se presta cuidados às pessoas com diabetes tipo 1.

Novos estudos devem ser realizados, com número maior de participantes, a fim de expandir o uso da metodologia dentro do tratamento interdisciplinar do diabetes.

8 PERSPECTIVAS

Este estudo piloto permitiu identificar quais os aspectos do delineamento e da intervenção podem ser modificados ou aprimorados para as próximas pesquisas.

Primeiramente, alterar o desenho para um estudo caso-controle e estender a intervenção por um período de tempo maior, similar a outros meios em que é utilizada.

Por fim, acrescentar nas análises a avaliação das ferramentas e das técnicas do *coaching* com a finalidade não só de compreender a melhor maneira de aplicá-las no processo, mas também de validá-las para a sua utilização no contexto do diabetes.

REFERÊNCIAS

- 1.Oliveira JEP, Vencio S. organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. [acesso em 2016 nov 03]. Disponível em : <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.
2. Mendes AB, Fittipaldi JA, Neves RC, Chacra AR, Moreira ED Jr. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010 Jun;47(2):137-45.
3. Gomes MB, Coral M, Cobas RA, Dib SA, Canani LH, Nery M, *et al*. Prevalence of adults with type 1 diabetes who meet the goals of care in daily clinical practice: a nationwide multicenter study in Brazil. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012 Jul;97(1):63-70.
4. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007 Nov-Dec;15(6):1105-12.
5. Coutinho WF, Silva Júnior WS. Diabetes Care in Brazil. *Ann Glob Health*. 2015 Nov-Dec;81(6):735-41.
- 6.World Health Organization(WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action; 2003.[acesso em 2016 nov 03]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
7. Teló GH, de Souza MS, Schaan BD. Cross-cultural adaptation and validation to Brazilian Portuguese of two measuring adherence instruments for patients with type 1 diabetes. *Diabetol Metab Syndr*. 2014 Dec 16;6:141-6.
8. García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2013 Dec;4(2):175-94.
9. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Control and Complications Trial Research Group*. *J Pediatr*. 1994 Aug;125(2):177-88.
10. Adler AI, Turner RC. The diabetes prevention program. *Diabetes care*. 1999 Apr; 22 (4): 543-5.

11. Uusitupa M, Louheranta A, Lindström J, Valle T, Sundvall J, Eriksson J, *et al.* The Finnish Diabetes Prevention Study. *Br J Nutr.* 2000 Mar;83(Suppl 1):S137-42.

12. Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Educ.* 1999 Nov-Dec;25(6 Suppl):52-61.

13. Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(6):751-6.

14. Sherifali D, Viscardi V, Bai JW, Ali RM. Evaluating the Effect of a Diabetes Health Coach in Individuals with Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes.* 2016 Feb;40(1):84-94.

15. Wong-Rieger D, Rieger FP. Health coaching in diabetes: empowering patients to self-manage. *Can J Diabetes.* 2013 Feb;37(1):41-4.

16. Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, Hawkins TV, Yeung S, Wakefield J, *et al.* Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Educ.* 2010 Jul-Aug;36(4):629-39.

17. Ammentorp J, Uhrenfeldt L, Angel F, Ehrensverd M, Carlsen EB, Kofoed PE. Can life coaching improve health outcomes? A systematic review of intervention studies. *BMC Health Serv Res.* 2013 Oct 22;13:428.

18. Whitmore J. *Coaching para aprimorar o desempenho: os princípios e a prática do coaching e da liderança.* São Paulo: Clio;2012.

19. Schneider JI, Hashizume J, Heak S, Maetani L, Ozaki RR, Watanabe DL. Identifying challenges, goals and strategies for success for people with diabetes through life coaching. *J Vocat Rehabil.* 2011;34(2):129-39.

20. Willard-Grace R, Chen EH, Hessler D, DeVore D, Prado C, Bodenheimer T, *et al.* Health coaching by medical assistants to improve control of diabetes, hypertension, and hyperlipidemia in low-income patients: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2015 Mar;13(2):130-8.

21. Basak Cinar A, Schou L. Health promotion for patients with diabetes: health coaching or formal health education? *Int Dent J.* 2014 Feb;64(1):20-8.

22. Cinar AB, Schou L. The role of self-efficacy in health coaching and health education for patients with type 2 diabetes. *Int Dent J*. 2014 Jun;64(3):155-63.

23. Liddy C, Johnston S, Nash K, Ward N, Irving H. Health coaching in primary care: a feasibility model for diabetes care. *BMC Fam Pract*. 2014 Apr 3;15:60.

24. Rogers EA, Hessler DM, Bodenheimer TS, Ghorob A, Vittinghoff E, Thom DH. Diabetes peer coaching: do "better patients" make better coaches? *Diabetes Educ*. 2014 Jan-Feb;40(1):107-15.

25. Thom DH, Ghorob A, Hessler D, De Vore D, Chen E, Bodenheimer TA. Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2013 Mar-Apr;11(2):137-44.

26. American Diabetes Association. Standard of Medical care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39(Suppl 1):S6-S12.

27. Ehrmann D, Bergis-Jurgan N, Haak T, Kulzer B, Hermanns N. Comparison of the Efficacy of a Diabetes Education Programme for Type 1 Diabetes (PRIMAS) in a Randomised Controlled Trial Setting and the Effectiveness in a Routine Care Setting: Results of a Comparative Effectiveness Study. *PLoS One*. 2016 Jan 22;11(1):e0147581.

28. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, *et al*. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 2010 Jan; 33(Suppl 1): S89–S96.

29. Marques JR. Curso de formação em Profissional & Self Coaching. Goiânia: IBC; 2014.

30. Grant AM, Cavanagh MJ, Kleitman S, Spence G, Lakota M, Yu N. Development and validation of the solution-focused inventory. *J Posit Psychol*. 2012;7(4):334-48.

31. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabet*. 2004 Jul; 22(3): 123-7.

32. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010 Jun;79(3):277-82.

- 33.Sardinha A. Entrevista com Dr. Stephen Palmer: o desenvolvimento do coaching cognitivo comportamental. *Rev. Bras. Ter. Cogn.* 2012;8(2):126-30.
- 34.Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, de Lyra DP Jr. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults.*Res Social Adm Pharm.* 2014 May-Jun;10(3):554-61.
35. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJ, Lyra Junior DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol.* 2012 Jul;99(1):649-58.
- 36.Gastal DA, Pinheiro RT, Vazquez DP. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. *Sao Paulo Med J.* 2007 Mar 1;125(2):96-101.
- 37.Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007 Jun;76(3):455-9.
- 38.Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, *et al.* Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care.* 1995 Jun;18(6):754-60.
- 39.Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *Am Fam Physician.* 2004 Jan 15;69(2):309-16.
- 40.Bodenheimer T, Davis C, Holman H. Helping Patients Adopt Healthier Behaviors. *Clin Diabet.* 2007 Apr; 25(2): 66-70.
- 41.Paludo SS, Koller SH. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2007;17(36):9-20.
- 42.Passareli PM, Silva JA. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estud. Psicol.(Campinas).* 2007;24(4):513-17.
- 43.Lussier MT, Richard C. The motivational interview. *Can Fam Physician.* 2007 Nov;53(11):1895-6.
- 44.Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *J Eval Clin Pract.* 2010 Feb;16(1):166-74.

45. Poole L. Health Coaching - An Overview of Practice and Exploration of Efficacy. Research Papers. International Coach Academy [homepage na internet]. 2014 [atualizada em 2014 ago 07; acesso em 2016 nov 03]:1-6. Disponível em : <http://coachcampus.com/coach-portfolios/research-papers/lorna-poole-health-coaching-an-overview-of-practice-and-exploration-of-efficacy/>.

46. Liddy C, Johnston S, Irving H, Nash K, Ward N. Improving awareness, accountability, and access through health coaching: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician*. 2015 Mar;61(3):e158-64.

47. Licht M, Davis JM, Scripps A, Cone J. Whole person health for the whole population: one-year evaluation of health coaching. *Perm J*. 2007;11(4):41-4.

48. Ammentorp J, Thomsen J, Kofoed PE. Adolescents with poorly controlled type 1 diabetes can benefit from coaching: a case report and discussion. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013 Sep;20(3):343-50.

49. Skeie S, Kristensen GB, Carlsen S, Sandberg S. Self-monitoring of blood glucose in type 1 diabetes patients with insufficient metabolic control: focused self-monitoring of blood glucose intervention can lower glycated hemoglobin A1C. *J Diabetes Sci Technol*. 2009 Jan;3(1):83-8.

50. Lecomte P, Romon I, Fosse S, Simon D, Fagot-Campagna A. Self-monitoring of blood glucose in people with type 1 and type 2 diabetes living in France: the Entred study 2001. *Diabetes Metab*. 2008 Jun;34(3):219-26.

51. Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. *Diabetes Educ*. 2008 Sep-Oct;34(5):815-23.

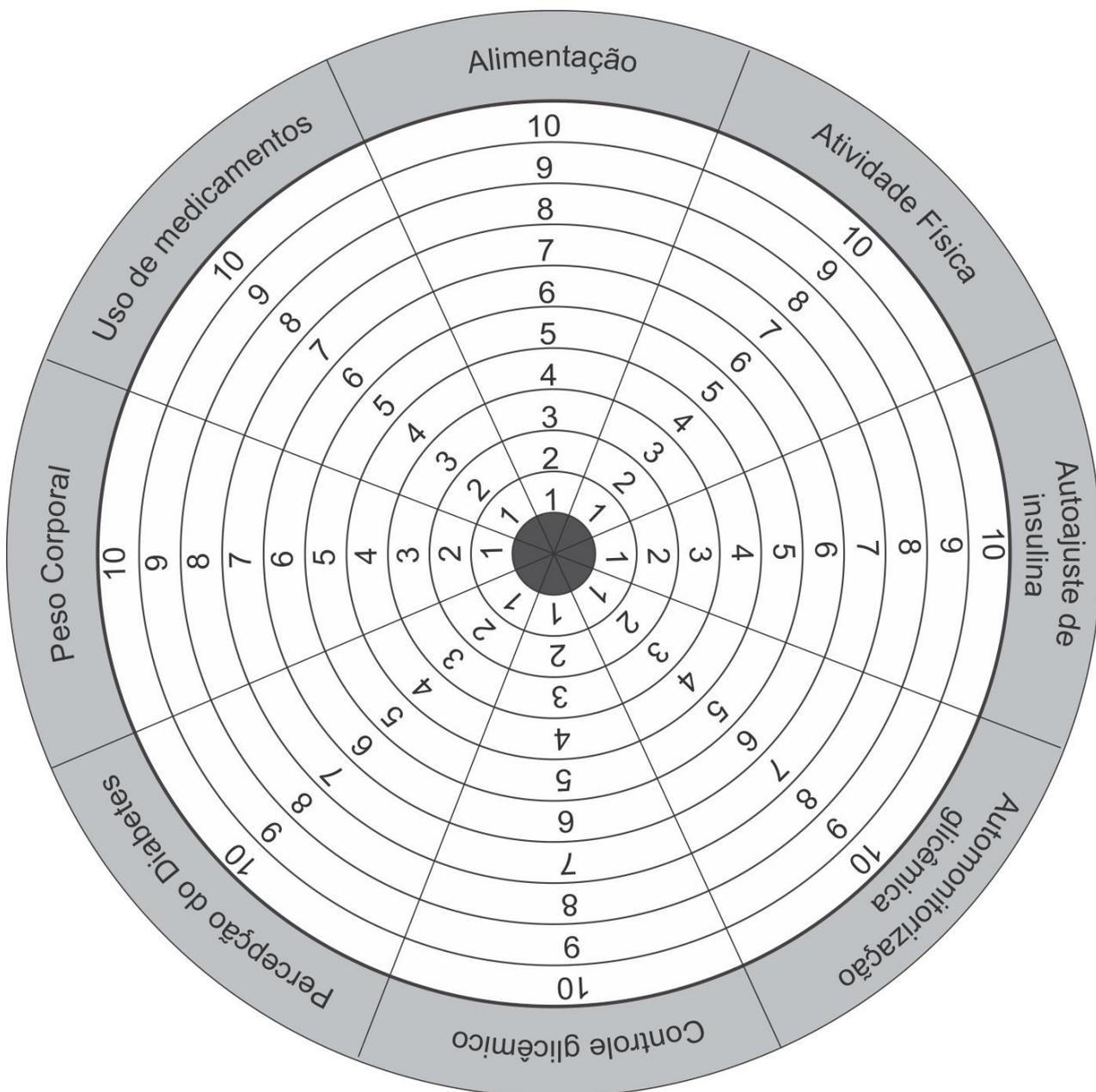
52. Nishita C, Cardazone G, Uehara DL, Tom T. Empowered diabetes management: life coaching and pharmacist counseling for employed adults with diabetes. *Health Educ Behav*. 2013 Oct;40(5):581-91.

53. Glasgow RE, La Chance PA, Toobert DJ, Brown J, Hampson SE, Riddle MC. Long-term effects and costs of brief behavioural dietary intervention for patients with diabetes delivered from the medical office. *Patient Educ Couns*. 1997 Nov;32(3):175-84.

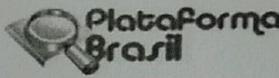
54. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009 Aug;17(4): 468-73.

APÊNDICES

APÊNDICE A - RODA DO AUTOCUIDADO EM DIABETES



APÊNDICE B – ATA

 <p>GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE</p>	<p>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE - SCMBH</p>	 <p>Plataforma Brasil</p>
<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p>		
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p>		
<p>Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DO PERFIL CLÍNICO E PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES COM DIABETES DURANTE ACOMPANHAMENTO NA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE</p>		
<p>Pesquisador: JANICE SEPULVEDA REIS</p>		
<p>Área Temática:</p>		
<p>Versão: 1</p>		
<p>CAAE: 44367015.1.0000.5138</p>		
<p>Instituição Proponente: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - SCMBH</p>		
<p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>		
<p>DADOS DO PARECER</p>		
<p>Número do Parecer: 1.064.985</p>		
<p>Data da Relatoria: 29/04/2015</p>		
<p>Apresentação do Projeto:</p>		
<p>A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla associada à hiperglicemia que ocorre como consequência de defeitos na ação e na produção da insulina. A DM se não diagnosticada precocemente ou não tratada corretamente leva a complicações que aumentam a morbimortalidade dos pacientes. O comprometimento significativo da qualidade de vida (QV) é frequentemente relacionado ao diabetes, incluindo limitações em vários aspectos. Estima-se que a redução da qualidade de vida no diabetes seja decorrente de múltiplas complicações a longo prazo e do controle glicêmico inadequado. Sendo assim, conhecer o impacto da DM sobre cada um desses aspectos, possibilita planejar e implementar ações voltadas às estratégias de promoção e recuperação da saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida. O ambulatório de Diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte é um serviço público, localizado no Centro de Especialidade Metropolitanas, criado com o intuito de fornecer atendimento especializado e um programa educacional aos pacientes com diagnóstico de diabetes. Na primeira consulta, com intuito de conhecer de</p>		
<p>Endereço: Rua Domingos Vieira 590 Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.150-240 UF: MG Município: BELO HORIZONTE Telefone: (31)3238-8933 Fax: (31)3238-8838 E-mail: cep@santacasabh.org.br</p>		
<p>Página 01 de 03</p>		



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO
HORIZONTE - SCMBH



Continuação do Parecer: 1.064.985

forma cientificamente comprovada o perfil dos pacientes em relação a qualidade de vida, adesão medicamentosa, atitudes perante a doença, autocuidado, problemas relacionados ao diabetes e nível de atividade física, serão aplicados questionários validados. Durante o seguimento dos pacientes, a intervalos de 3-5 anos, os mesmos são reaplicados, para que do ponto de vista clínico, a melhor forma de atendimento e direcionamento do tratamento sejam aplicados. Os dados serão coletados a partir dos prontuários de todos os pacientes atendidos no Ambulatório de Diabetes e armazenados na mesma instituição. Serão avaliados mil prontuários. A coleta de dados clínicos ocorre em todas as consultas realizadas (consultas de endocrinologia, enfermagem, nutrição, psicologia, educador físico, pé diabético) e os questionários validados são aplicados para uso clínico dentro dos primeiros 3 meses de admissão no serviço e a cada 2-3 anos no serviço, ficando armazenados nos prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar longitudinalmente o perfil clínico e psicossocial dos pacientes com diabetes durante acompanhamento na Santa Casa de Belo Horizonte.

Identificar o perfil dos pacientes com Diabetes Mellitus atendidos no ambulatório da Santa Casa de Belo Horizonte.

Avaliar a adesão medicamentosa dos pacientes diabéticos encaminhados da atenção primária, com atendimento mais frequente dos que apresentarem escore compatível com baixa e média adesão;- Avaliar a adesão dos cuidados com os pés de pacientes diabéticos;- Propor métodos educativos voltados para a prevenção de pé diabético;- Avaliar e quantificar a prevalência de casos de pacientes com complicações neuropáticas, para delinear frequência de atendimento e otimização do tempo entre as consultas. Identificar os possíveis fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com diabetes;- Propor estratégias educacionais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com diabetes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos aos participantes, pois apenas os dados do atendimento habitual serão

Endereço: Rua Domingos Vieira 590

Bairro: Santa Efigênia

CEP: 30.150-240

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3238-8933

Fax: (31)3238-8838

E-mail: cep@santacasabh.org.br



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO
HORIZONTE - SCMBH



Continuação do Parecer: 1.064.985

utilizados.

Benefícios:

Melhoria do serviço prestado pelo Ambulatório da Santa Casa de Belo Horizonte.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando a alta prevalência da doença, as complicações e sequelas durante a evolução, e por representar um problema importante de saúde pública, o projeto apresenta relevância clínica e científica, estando bem fundamentado do ponto de vista teórico e metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Devidamente apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 15 de Maio de 2015

Assinado por:
Francisco das Chagas Lima e Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Domingos Vieira 590

Bairro: Santa Efigênia

CEP: 30.150-240

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3238-8933

Fax: (31)3238-8838

E-mail: cep@santacasabh.org.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO

Este estudo intitulado “Alcançando as metas: o *Coaching* aplicado ao diabetes.”, tem como objetivo avaliar se o *Coaching*, método utilizado para definir objetivos e alcançar resultados, contribui para a mudança da atitude do paciente em relação aos cuidados do diabetes, além da melhora do controle glicêmico e da qualidade de vida.

Serão convidados a participar do estudo pessoas com diabetes tipo 1, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os participantes serão submetidos a 8 sessões, uma a cada sete dias, durante dois meses, além dos encontros de entrevistas e avaliações, sendo estes antes do programa e após o término do mesmo. Cada sessão terá a duração de sessenta minutos.

O objetivo dos encontros será a escolha, pelos próprios pacientes, de quais metas eles desejam alcançar, tanto no tratamento do diabetes quanto em outras áreas de sua vida. As metas definidas pelos participantes serão usadas para desenvolver os encontros e serão incluídas nos resultados da pesquisa. Estas tarefas deverão ser realizadas entre as sessões e a realização comprovada pelo participante a cada encontro com o pesquisador.

Serão analisados, antes e após a intervenção, os exames bioquímicos, a automonitorização glicêmica, a dose total de insulina diária e adesão às medicações prescritas. Também serão avaliados parâmetros de qualidade de vida/percepção da doença e atitude em relação aos cuidados do diabetes através de questionários.

Após realização de entrevista com o paciente e assinatura deste termo, não será alterada a conduta inicial do médico assistente, que estará livre para fazê-la independente desse estudo.

Os participantes serão informados sobre todos os procedimentos realizados e poderão se recusar a participar da pesquisa, ou retirar o consentimento, mesmo após a assinatura deste termo. Os mesmos permanecerão anônimos no estudo, não constando em nenhum arquivo o nome completo e/ou endereço, apenas iniciais e números.

Os resultados serão apresentados em reunião clínica, nas instituições ligadas ao estudo, ao final do trabalho e estarão disponíveis inclusive para os participantes. Este projeto visa também publicação dos resultados em revistas especializadas e dissertação de mestrado.

Não haverá despesas pessoais para o paciente, nem compensação financeira pela sua participação. O pesquisador também não será remunerado e seu interesse é apenas científico.

Garantimos que os exames realizados serão apenas aqueles relativos à pesquisa e que o mesmo não será utilizado, em hipótese alguma, para outro fim além do citado.

Em qualquer época do estudo o paciente poderá solicitar esclarecimentos ao investigador principal, Thais Pereira Costa Magalhães, que poderá ser encontrada no seu consultório particular em Belo Horizonte à Avenida do Contorno, 4929, Serra- telefones (31) 25303131/ 97647565. Se tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - Rua Domingos Vieira, 590 - telefone: 3238-8838.

Belo Horizonte: / / 2014. _____

Assinatura do paciente ou representante legal.

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

APENDICE D - COACHING EDUCATION

“ O que é o *Coaching*?

O *Coaching* é uma maneira de alcançar resultados e metas de vida, pessoais e profissionais.

Este método para alcançar resultados é usado principalmente nas áreas do esporte e das empresas.

Jogadores de futebol, jogadores de tênis e líderes de empresas, por exemplo, frequentemente são auxiliados por um *Coach*.

E o que o *Coach* faz?

O *Coach* é o treinador, é quem apoia e guia a pessoa no processo do alcance de suas metas.

Para ficar mais claro, *Coach* era o nome de uma antiga carruagem.

A carruagem é um meio de transporte que te leva do seu local atual para o local que você deseja.

Portanto, *Coaching* é isso: o processo que te guia de um estado atual até o estado que você deseja.

O processo de *Coaching* neste projeto se compõe de oito sessões de uma hora de duração cada, com intervalo de sete dias entre elas.

Durante as sessões vamos descobrir juntos quais são suas metas de vida e aonde você quer chegar.

Vamos explorar quais são suas habilidades, quais as suas competências e os seus pontos de melhoria.

A partir de todo este conhecimento, vamos traçar o seu plano de ação – o que você fará, munido de todas as suas competências, para se aproximar do seu objetivo? Quais estratégias vamos usar?

O plano de ação consta de tarefas que deverão ser realizadas no intervalo entre as sessões.

Estas tarefas são muito importantes, pois são elas que aproximam você das suas metas e aceleram a sua caminhada.

Este processo não será unicamente relacionado à saúde, podendo você se sentir à vontade para escolher o que quer trabalhar nas sessões. Por ex: quero passar na minha próxima entrevista de emprego.

Claro que a sua saúde também será abordada e, junto com as ações estabelecidas para o alcance do seu objetivo, definiremos tarefas para você melhorar o seu diabetes.

Afinal, estar com a saúde em dia é o ponto de partida para você alcançar todos os seus outros objetivos de vida.

Quero ressaltar que o *Coaching* é ação! Os resultados serão alcançados quando nos levantarmos e agirmos!

O que acham? Estão prontos? Aceitam este convite?”

ANEXOS

ANEXO A - FERRAMENTAS UTILIZADAS NO PROCESSO DE COACHING

Perfil Comportamental

Em cada uma das 25 questões escolha entre as alternativas I, C, O ou A:

<p>1. Eu sou...</p> <p>I Idealista, criativo e visionário C Divertido, espiritual e benéfico O Confiável, metuculoso e previsível A Focado, determinando e persistente</p>	<p>14. Eu sempre gostei de...</p> <p>I Explorar O Evitar surpresas A Focalizar a meta C Realizar uma abordagem natural</p>
<p>2. Eu gosto de...</p> <p>A Ser piloto C Conversar com os passageiros O Planejar a viagem I Explorar novas rotas</p>	<p>15. Eu gosto de mudanças se...</p> <p>A Me der uma vantagem competitiva C For divertido e puder ser compartilhado I Me der mais liberdade e variedade O Melhorar ou me der mais controle</p>
<p>3. Se você quiser se dar bem comigo...</p> <p>I Me dê liberdade O Me deixe saber sua expectativa A Lidere, siga ou saia do caminho C Seja amigável e compreensivo</p>	<p>16. Não existe nada de errado em...</p> <p>A Se colocar na frente C Colocar os outros na frente I Mudar de ideia O Ser consistente</p>
<p>4. Para conseguir obter bons resultados é preciso...</p> <p>I Ter incertezas O Controlar o essencial C Diversão e celebração A Planejar e obter recursos</p>	<p>17. Eu gosto de buscar conselhos de...</p> <p>A Pessoas bem-sucedidas C Anciões e conselheiros O Autoridades no assunto I Lugares, os mais estranhos</p>
<p>1. Eu me divirto quando...</p> <p>A Estou me exercitando I Tenho novidades C Estou com os outros O Determino as regras</p>	<p>18. Meu lema é...</p> <p>I Fazer o que precisa ser feito O Fazer bem feito C Fazer junto com o grupo A Simplesmente fazer</p>
<p>6. Eu penso que...</p> <p>C Unidos venceremos, divididos perderemos A O ataque é melhor que a defesa I É bom ser manso, mas andar com um porrete O Um homem prevenido vale por dois</p>	<p>19. Eu gosto de...</p> <p>I Complexidade, mesmo que confuso O Ordem e sistematização C Calor humano e animação A Coisas claras e simples</p>
<p>7. A Minha preocupação é...</p> <p>I Gerar ideia global C Fazer com que as pessoas gostem O Fazer com que funcione</p>	<p>20. Se eu fosse bilionário...</p> <p>C Faria doações O Criaria uma poupança I Faria o que desse na cabeça A Me exibiria bastante para algumas</p>

A Fazer com que aconteça	peessoas
8. Eu prefiro... I Perguntas a respostas O Ter todos os detalhes A Vantagens ao meu favor C Que todos tenham a chance de serem ouvidos	21. Eu acredito que... A O destino é mais importante que a jornada C A jornada é mais importante que o destino O Um centavo economizado é um centavo ganho I Bastam um navio e uma estrela para navegar
9. Eu gosto de... A Fazer progresso I Construir memórias O Fazer sentido C Tornar as pessoas confortáveis	22. Eu acredito também que... A Aquele que hesita está perdido O De grão em grão a galinha enche o papo C O que vai, volta I Um sorriso ou uma careta é o mesmo para quem é cego
10. Eu gosto de chegar... A Na frente C Junto O Na hora I Em outro lugar	23. Eu acredito ainda que... O É melhor prudência do que arrependimento I A autoridade deve ser desafiada A Ganhar é fundamental C O coletivo é mais importante do que o individual
11. Um ótimo dia para mim é quando... A Consigo fazer muitas coisas C Me divirto com meus amigos O Tudo segue conforme planejado I Desfruto de coisas novas	24. Eu penso que... I Não é fácil ficar encurralado O É preferível olhar antes de pular C Duas cabeças pensam que melhor do que uma A Se você não tem condições de competir, não compita
12. Eu vejo a morte como... I Uma grande aventura C Oportunidade para rever os falecidos O Um modo de receber recompensas A Algo que sempre chega muito cedo	25. O tempo para mim é... A Algo que detesto desperdiçar C Um grande ciclo O Uma flecha que leva ao inevitável I Irrelevante
13. Minha filosofia de vida é... A Há ganhadores e perdedores e eu sou um ganhador C Para eu ganhar ninguém precisa perder O Para ganhar é preciso seguir as regras I Para ganhar é necessário inventar novas regras	

Se a maioria das respostas forem as letras:

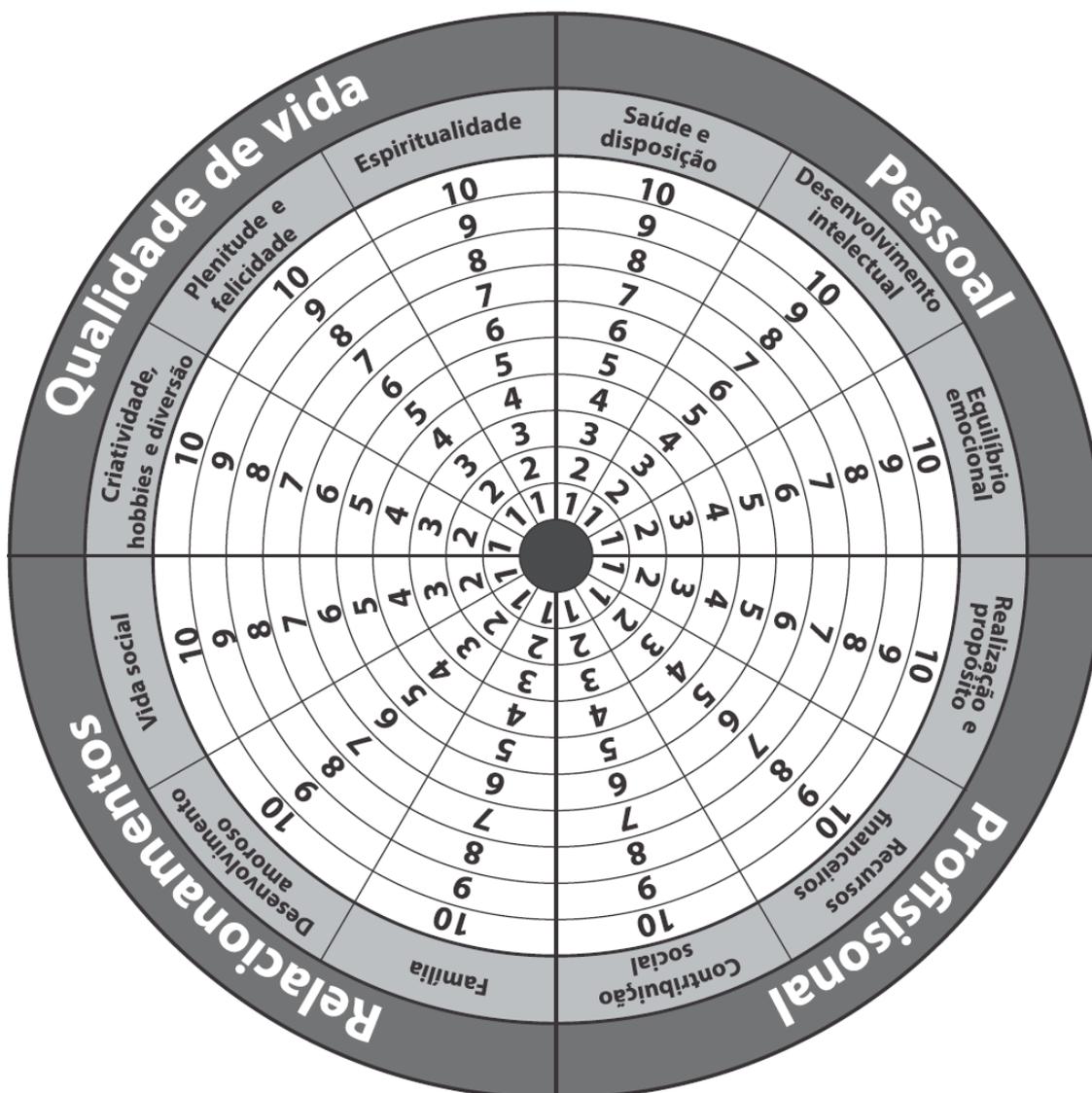
I: Comportamento de idealização. Gosta de fazer diferente e da liberdade.

C: Comportamento comunicativo. Gosta de estar junto compartilhando momentos.

O: Comportamento analista. Gosta da certeza e das regras. Preza a ausência de riscos, a ordem e o controle.

A: Comportamento impulsivo. Gosta de ação e de resultados rápidos.

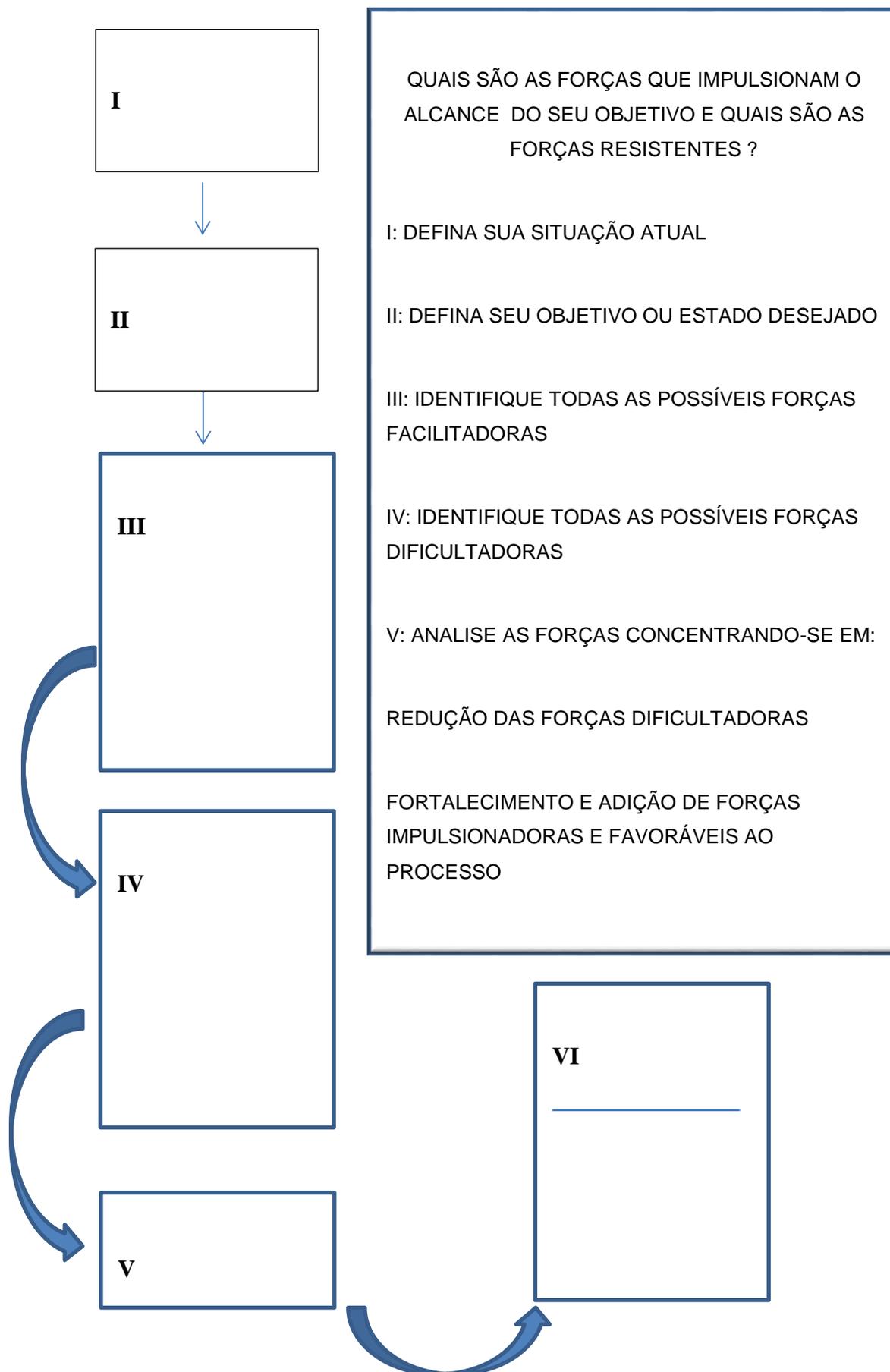
RODA DA VIDA - AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO - (RPP©)



Perdas e Ganhos

O que você vai ganhar com isto? Motivadores	O que você vai perder com isto? Sabotadores
O que você vai ganhar se não tiver isto? Sabotadores	O que você vai perder se não tiver isto? Motivadores

Análise do campo de força



ANEXO B - QUESTIONÁRIOS

Teste de Morisky MMAS-8

		Não	Sim
1	Você às vezes se esquece de usar a insulina? Qual?	1	0
2	Nas duas últimas semanas houve algum dia em que você não aplicou a insulina?	1	0
3	Você algum dia parou de aplicar ou diminuiu a dose de insulina sem falar com seu médico porque se sentia pior quando aplicava?	1	0
4	Quando você sai de casa ou viaja você às vezes se esquece de levar a insulina?	1	0
5	Você aplicou a sua insulina ontem?	1	0
6	Quando sente que sua glicose está controlada você às vezes para de aplicar a insulina?	1	0
7	Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para diabetes?	1	0
8	Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de aplicar a insulina? () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre		

Questionário IMDSES:

Questões	Concorda totalmente	Concorda	Discorda	Discorda Totalmente	Não se Aplica
1. Eu consigo fazer a dieta na maioria das vezes no meu dia a dia.	1	2	3	4	NA
2. Eu sou confiante na minha habilidade para lidar com o Diabetes.	1	2	3	4	NA
3. Eu me sinto seguro(a) de usar meu conhecimento sobre Diabetes, no meu tratamento diário.	1	2	3	4	NA
4. Eu acredito que posso seguir as rotinas do Diabetes a cada dia.	1	2	3	4	NA
5. Eu consigo fazer as refeições no mesmo horário todos os dias.	1	2	3	4	NA
6. Eu consigo manter minha dieta quando faço refeições fora de casa em locais conhecidos. (Ex.: Casa de amigos)	1	2	3	4	NA
7. Eu consigo manter minha dieta quando faço refeições fora de casa, em locais desconhecidos.	1	2	3	4	NA
8. Eu tenho certeza que serei capaz de manter minha dieta quando as pessoas ao meu redor não sabem que sou diabético.	1	2	3	4	NA
9. Eu estou certo de que posso manter minha dieta todos os dias.	1	2	3	4	NA
10. Eu consigo substituir corretamente um tipo de alimento por outro do mesmo grupo. Ex.: Trocar arroz por batata.	1	2	3	4	NA
11. Eu consigo manter minha dieta quando vou a festas.	1	2	3	4	NA
12. Eu consigo aplicar a insulina usando a técnica correta.	1	2	3	4	NA
13. Eu tenho facilidade de aplicar a insulina quando estou fora de casa.	1	2	3	4	NA

14. Eu consigo ajustar minha dose de insulina baseado nos resultados dos testes de açúcar no sangue, quando necessário.	1	2	3	4	NA
15. Eu tenho certeza de que consigo ajustar minha dose de insulina quando ocorrem mudanças na minha rotina diária.	1	2	3	4	NA
16. Eu sei ajustar minha dose de insulina para evitar queda de açúcar quando pratico exercício físico.	1	2	3	4	NA
17. Eu sei que tipo de ajuste da dose de insulina devo realizar quando meu açúcar no sangue está mais alto do que deveria.	1	2	3	4	NA
18. Eu consigo ajustar minha dose de insulina quando estou gripado ou resfriado.	1	2	3	4	NA
19. Eu tenho certeza de que o tratamento do diabetes não atrapalha minha rotina diária.	1	2	3	4	NA
20. Eu acho que sou capaz de seguir o tratamento planejado do diabetes até mesmo quando ocorrem mudanças na minha rotina diária.	1	2	3	4	NA

B-PAID – Problems Areas in Diabetes

Versão brasileira da escala PAID - <i>Problems Areas in Diabetes</i>					
A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você?					
Observe o quadro ao lado para classificar sua resposta.					
Questões	Não é um problema	Pequeno problema	Problema moderado	Problema quase sério	Problema sério
1. A falta de metas claras e concretas no cuidado com o diabetes.	0	1	2	3	4
2. Sentir-se desencorajado(a) com o tratamento do seu diabetes.	0	1	2	3	4
3. Sentir medo quando pensa em viver com o diabetes.	0	1	2	3	4
4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com o seu diabetes (Ex. Pessoas falando para você o que deve comer).	0	1	2	3	4
5. Ter sentimento de privação a respeito da comida e refeições.	0	1	2	3	4
6. Ficar deprimido(a) quando pensa em viver com diabetes.	0	1	2	3	4
7. Não saber se seus sentimentos ou humor estão relacionados com o seu diabetes.	0	1	2	3	4
8. Sentir que seu diabetes é um peso para você.	0	1	2	3	4
9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa	0	1	2	3	4
10. Ficar bravo(a)/irritado(a) quando pensa em viver com o diabetes.	0	1	2	3	4
11. Preocupar-se com a comida e com o que comer.	0	1	2	3	4
12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações	0	1	2	3	4
13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso (a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes.	0	1	2	3	4
14. Não aceitar seu diabetes	0	1	2	3	4

15. Sentir-se insatisfeito (a) com o médico que cuida do seu diabetes.	0	1	2	3	4
16. Sentir que seu diabetes está tomando muito de sua saúde física e mental diariamente.	0	1	2	3	4
17. Sentir-se sozinho (a) com seu diabetes.	0	1	2	3	4
18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes.	0	1	2	3	4
19. Lidar com as complicações do diabetes:	0	1	2	3	4
20. Sentir-se esgotado (a) com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:	0	1	2	3	4

ANEXO C- CERTIFICADO DE CAPACITAÇÃO EM COACHING

