

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

MARIANA GABRIELE DE SOUZA FERREIRA

COMO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SE COMUNICAM COM AS
PESSOAS COM DIABETES NA PERSPECTIVA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

SÃO CARLOS

2024

MARIANA GABRIELE DE SOUZA FERREIRA

COMO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SE COMUNICAM COM AS
PESSOAS COM DIABETES NA PERSPECTIVA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Linha de Pesquisa: Gestão da Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha

Coorientadora: Profa. Dra. Aline Barreto de Almeida Nordi

SÃO CARLOS

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Mariana Gabriele de Souza Ferreira, realizada em 29/02/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha (UFSCar)

Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz (UFPB)

Profa. Dra. Leandra Andréia de Sousa (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Dedico este trabalho ao meu tio Adailton, minha avó Alinda, minha madrinha Ana Célia e minha amiga Expedita, ambos em memória, por inspirarem a realização deste estudo. A vida de vocês me motiva a ir além!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu bom Deus por sempre guiar os meus passos, iluminar a minha mente e ser uma fortaleza para mim em todos os momentos. Eu te louvo, Senhor, porque não deixou de ouvir a minha oração e nunca me negou o seu amor (Salmos 66:20).

Aos meus pais, Aparecida Souza e Orlando Batista, que sempre estiveram ao meu lado, pelas orações, cuidado, ensinamentos e o exemplo de uma vida íntegra.

À minha família pelo apoio, compreensão e ânimo nessa jornada. Obrigada por sempre me desejarem o melhor e se fazerem presentes em todo o tempo, mesmo à distância. Agradeço em especial ao meu avô, Antônio Batista (em memória), por me proporcionar momentos alegres enquanto em vida.

Ao meu esposo, Fellype Araújo, por ser um braço forte para mim, pelo amor, compreensão, cuidado e incentivo.

À minha orientadora e coorientadora pela escuta, suporte e direcionamento em todas as etapas desta dissertação. Obrigada Sheyla pela oportunidade, estímulo e pela atenção a mim depositada. Levarei comigo o que aprendi com você e os conselhos que me deste. Gratidão pelo acolhimento e consolo nos dias sombrios, pelas admoestações e por sempre acreditar no meu potencial. Você foi fundamental nesse percurso! Aline, obrigada pelas sugestões, reflexões e provocações com intuito de aprimorar este trabalho, pelo encorajamento durante o mestrado e por se dispor a somar conosco.

Aos meus amigos e irmãos pelas orações, encorajamento e boas risadas.

Ao município que atuo pela compreensão e apoio no desenvolvimento deste estudo.

À secretária de saúde e à coordenadora da Atenção Básica do município participante, por se disporem prontamente, cooperarem e incentivarem a realização desta pesquisa.

Aos ACS que participaram pela disponibilidade, confiança e parceria. Obrigada por compartilharem suas vivências e percepções. Sem vocês este estudo não seria possível!

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da UFSCar pela aprendizagem e acolhimento. Em especial, agradeço ao professor Willian Luna, que contribuiu ricamente no desenvolvimento desta dissertação. De forma sucinta, vivenciar o mestrado com a metodologia de ensino concedida por vocês foi uma experiência singular.

À secretária do PPGGC, Vanessa Müller, pela atenção e resolubilidade nos serviços prestados.

Aos meus colegas de turma do PPGGC pela amizade, apoio e troca de experiências. Ter a companhia de vocês tornou o mestrado muito mais leve!

À Solange Oliveira (Sol), que além de uma querida colega de trabalho se tornou uma colega de turma do PPGGC. Obrigada por sempre me incentivar a avançar e estar presente nesta caminhada. Se estou aqui hoje, um dos motivos foi você ter compartilhado comigo o edital deste processo seletivo.

Ao grupo de pesquisa que participo, Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica da UFSCar (NEPEM), pelas trocas riquíssimas e por contribuírem para o meu desenvolvimento em todos os sentidos.

Aos meus colegas de trabalho do SUS pelas vivências, compreensão e estímulo. É uma benção trabalhar com vocês!

Aos professores que participaram da banca de qualificação, Eliana Goldfarb Cyrino e Gustavo Nunes de Oliveira, e de defesa, Pedro José Santos Carneiro Cruz e Leandra Andréia de Sousa, pela disponibilidade, comprometimento e pelas valiosas contribuições. Ter o olhar de vocês foi essencial para aprimorar este estudo!

Às queridas professoras, Mariana Dantas, Isabel Oliveira, Ula Braga, Patrícia Damé e Edna Mori, por esclarecerem minhas dúvidas sobre o mestrado e colaborarem no projeto inicial desta pesquisa. Obrigada pelo carinho e generosidade.

À Marina Vasconcelos pela amizade, encorajamento e solicitude em contribuir com este estudo.

Aos profissionais de saúde que me acompanham ou me acompanharam neste período pelo suporte, cuidado e competência, me permitindo então, avançar.

A todos que, de algum modo, contribuíram para a construção e realização desta dissertação, enriquecendo assim, o meu processo de aprendizagem.

A minha mais sincera gratidão, a todos vocês.

“Que as suas conversas sejam sempre agradáveis e de bom gosto, e que vocês saibam também como responder a cada pessoa!”

(Colossenses 4:6)

RESUMO

Considerado um grave problema de saúde pública, o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica com implicações sociais e financeiras para todos os envolvidos. O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nesse contexto é incentivar a mudança do estilo de vida das pessoas com DM. Dessa forma, as habilidades comunicacionais se apresentam como facilitadoras dessa tarefa desafiadora e uma das abordagens que se destaca é a Entrevista Motivacional (EM). O objetivo deste estudo foi analisar como os ACS se comunicam com pessoas com DM a partir do referencial da EM, com enfoque no engajamento para o autocuidado e na alimentação saudável. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória de base fenomenológica com ACS atuantes em uma cidade do Nordeste brasileiro. Para a coleta de dados foi utilizado questionário e entrevista semiestruturada, sendo o critério de saturação dos dados o meio para determinar o tamanho amostral. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo Temático-categorial. Todos os 102 ACS atuantes no município foram convidados a participar, 69 preencheram o questionário e destes, nove foram selecionados para a entrevista, considerando a diversidade e homogeneidade dos participantes. A pesquisa foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo CEP-UFSCar, processo número 5.499.058. Foi possível identificar que os ACS são sensíveis à realidade socioeconômica da comunidade, se preocupam em promover o bem-estar das pessoas do seu território e almejam desempenhar um bom trabalho. Os ACS se comunicam com as pessoas com DM utilizando algumas das premissas da EM, a exemplo da abordagem compassiva e parceira, porém, fazem-no de forma intuitiva. Na maioria dos discursos relatados, empregam uma comunicação verticalizada e persuasiva, e tendem a desconsiderar os aspectos socioculturais e afetivos da alimentação, o que foge do preconizado pela Atenção Primária à Saúde e pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. Os ACS acreditam que o DM impacta negativamente a vida das pessoas e que estas não dão a devida importância ao seu autocuidado, principalmente no que diz respeito à alimentação. Observou-se que os ACS apresentam lacunas de conhecimento sobre o DM e técnicas comunicacionais, o que limita sua atuação profissional e a produção compartilhada de cuidados em saúde. Portanto, propostas de Educação Permanente em Saúde (EPS) que abordem o DM e técnicas de comunicação como a EM, pautadas em uma metodologia dialógica, crítico-reflexiva, com atividades teórico-práticas e que tenham significado no cotidiano de trabalho dos ACS, beneficiariam sobremaneira estes profissionais e as pessoas que eles acompanham. Além disso, outras possibilidades para superar as dificuldades identificadas neste estudo são os grupos de educação popular em saúde e os espaços regulares de supervisão e compartilhamento de saberes entre a própria equipe de Saúde da Família. A partir dos resultados dessa pesquisa, apresentamos como produto técnico desse mestrado profissional, uma proposta de formação para os ACS com enfoque no DM e na EM.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; agentes comunitários de saúde; comunicação; educação permanente; entrevista motivacional.

ABSTRACT

Considered a severe public health problem, Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease with social and financial implications for everyone involved. The role of Community Health Workers (CHW) in this context is to encourage changes in the lifestyle of people with DM. Therefore, communication skills are presented as facilitators of this challenging task, and one of the approaches that stands out is Motivational Interviewing (MI). This study aims to analyze how CHWs communicate with people with DM based on the MI framework, focusing on engagement in self-care and healthy eating. To this end, exploratory qualitative research with a phenomenological basis was carried out with CHWs working in a city in the Brazilian Northeast. A questionnaire and semi-structured interview were used to collect data, with the data saturation criterion being the means to determine the sample size. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using the Thematic-categorical Content Analysis technique. All 102 CHWs working in the municipality were invited to participate; 69 completed the questionnaire, and nine were selected for the interview, considering the diversity and homogeneity of the participants. The Municipal Health Department and CEP-UFSCar approved the research. It was possible to identify that the CHWs are sensitive to the socioeconomic reality of the community, are concerned with promoting the well-being of the people in their territory, and aim to do a good job. CHWs communicate with people with DM using some of the premises of MI, such as the compassionate and partner approach. However, they do so intuitively. In most of the interviews, they employ vertical and persuasive communication, disregarding food's sociocultural and affective aspects, which goes against what Primary Health Care and the Food Guide for the Brazilian Population recommends. The CHWs claim to have little knowledge about DM and its forms of treatment, demonstrating insecurity in their conduct and several doubts when speaking about the subject. They believe that DM negatively impacts people's lives and that they do not give due importance to their self-care, especially concerning nutrition. It was observed that CHWs have gaps in knowledge about DM and communication techniques, which limits their professional performance and the shared production of health care. Therefore, Continuing Health Profession Education proposals that address DM and communication techniques, such as MI, based on a dialogical, critical-reflective methodology that has meaning in the daily work of CHWs would greatly benefit these professionals and the people they follow. Therefore, Continuing Health Profession Education proposals that address DM and communication techniques such as MI, based on a dialogical, critical-reflective methodology, with theoretical-practical activities that have meaning in the daily work of CHWs, would benefit especially these professionals and the people they support. Furthermore, other possibilities for overcoming the difficulties identified in this study are popular health education groups and regular spaces for supervision and knowledge sharing among the Family Health team. Based on the results of this research, we present, as a technical product of this professional master's degree, a training proposal for CHWs focusing on DM and MI.

Keywords: Diabetes Mellitus; community health workers; health communication; continuing health profession education; motivational interviewing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combates às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP-UFSCar	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTACS	Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EaD	Educação a Distância
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EM	Entrevista Motivacional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
IA	Insegurança Alimentar
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NC	Nutrição Comportamental
NEPEM	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica
NS	Nutrição Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 O SUS E A SUA PERSPECTIVA DE CUIDADO	18
2.2 OS DSS E O DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)	20
2.3 A ALIMENTAÇÃO E SUAS DIMENSÕES NO BRASIL	22
2.4 A EM COMO ABORDAGEM COMUNICATIVA NA APS	24
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	28
4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4 TÉCNICA DE CONSTRUÇÃO DE DADOS	30
4.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 CONHECIMENTO E CRENÇAS DOS ACS SOBRE DM2	39
5.2 A ABORDAGEM COMUNICATIVA DOS ACS FRENTE ÀS PESSOAS COM DM	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO	70
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	74
APÊNDICE D – MENSAGEM DE ORIENTAÇÃO AO PARTICIPANTE	75
APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO: CURSO DE FORMAÇÃO PARA ACS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E ENTREVISTA MOTIVACIONAL	76

APRESENTAÇÃO

Conhecer e compartilhar são dois verbos que sempre estiveram presentes na minha vida, em diferentes cenários. É nítido o quanto isso me transformou e me possibilitou ser bênção para aqueles ao meu redor.

Em diversos momentos me vi questionando as lacunas existentes entre a teoria e a prática e o quanto uma comunicação efetiva poderia ser solução para tantos dilemas da vida cotidiana. Ao meu ver, o conhecimento precisa ser aplicável e a forma como ele é comunicado influencia sobremaneira nesse processo.

Desde a graduação em Nutrição tenho observado com maior atenção esses aspectos e me dedicado a estudar e me especializar nessa temática. Somado a isso, a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) tem me possibilitado ricas experiências com diferentes pessoas, locais e contextos, além de ampliar minha visão crítica sobre a realidade, a comunicação e as formas de produzir saúde.

A Entrevista Motivacional (EM) é um referencial que representa para mim uma mudança de perspectiva, pois me ajudou a enxergar o meu papel e o do outro dentro de um processo terapêutico nutricional. A EM apresentou-me princípios que conversam com os que possuo e me possibilitou esperar e caminhar em direção à melhor qualidade do cuidado em saúde, inclusive no SUS.

O Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) surge nesse contexto, porém, em um cenário muito desafiador: a pandemia da COVID-19. Esta, perdurou por três anos, repleta de incertezas, medos e várias perdas de entes queridos. Apesar do caos, ela oportunizou a realização do meu sonho de casar e de ser mestra, de um modo muito especial.

Cursar este mestrado tem me tornado uma pessoa, profissional e pesquisadora melhor. Descrever tudo o que tenho aprendido e as enormes conexões que foram e estão sendo formadas, seja com os docentes, mestrandos, dentre outras, é uma tarefa difícil. Inclusive, é notório o quanto minha orientadora tem influenciado e despertado em mim esse processo de transformação. De forma semelhante, minha coorientadora veio para somar com sua expertise em um momento delicado da nossa vida, em que questões de saúde e outro processo de luto surgiram na caminhada. O PPGGC tem me proporcionado espaços de troca de saberes e uma mudança de mentalidade sobre as ações que podem e devem ser realizadas no SUS. Por isso, sou muito grata.

Em se tratando das implicações pessoais para o desenvolvimento desta pesquisa, destaca-se o falecimento de pessoas próximas e muito queridas em decorrência de

complicações do Diabetes Mellitus (DM). Somado a isso, em 2021, durante o meu processo seletivo do mestrado, houve o falecimento do meu tio, de forma súbita, aos 42 anos, o qual atuou como Agente Comunitário de Saúde (ACS) por 16 anos e sempre deu o máximo de si nessa profissão. Esse estudo, portanto, é uma forma de homenageá-las e permitir que a vida delas alcance outras pessoas através dos frutos que deixaram. Como desafios durante a realização do mesmo, é fato que constantemente lidei com as lembranças delas, porém, são essas memórias que me motivam a prosseguir e buscar melhorias para o meu campo de trabalho e para a vida das pessoas ao meu redor.

1 INTRODUÇÃO

No mundo, cerca de 529 milhões de pessoas possuem Diabetes Mellitus (DM) e a doença está situada entre as 10 principais causas de morte. Estima-se que nas próximas três décadas, até 2050, 1,31 bilhão de pessoas estarão vivendo com DM, configurando-se em um grave problema de saúde pública principalmente para os países de baixa e média renda. Considera-se que os principais impulsionadores desse aumento são as mudanças demográficas e a obesidade (Ong *et al.*, 2023; PAHO, 2022).

O Brasil está entre os 10 países com maior número de pessoas com DM e a estimativa é que mais de 10% dos brasileiros vivem com a doença. Na última década, foram registrados no Brasil mais de 600 mil óbitos relacionados ao DM, sendo estes associados à desigualdade social e com um maior número nas regiões Nordeste e Sul do país (Garces *et al.*, 2023; IDF, 2021; Brasil, 2023).

O DM afeta o indivíduo em diversos aspectos, podendo comprometer sua produtividade, qualidade de vida e aumentar a probabilidade de desenvolver outras doenças devido complicações. Além disso, a família e as pessoas próximas também são afetadas, assim como, todo o sistema de saúde, com impactos financeiros significativos advindos de elevada morbimortalidade, entre outros (IDF, 2021; Péres; Franco; Santos, 2006; Roglic, 2016; Brasil, 2019).

A melhor forma de prevenir o DM é praticando atividades físicas regularmente, mantendo uma alimentação saudável e evitando consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Uma vez instalada a doença, são necessários cuidados relacionados aos aspectos nutricionais, às práticas corporais e ao uso de terapêutica medicamentosa, entre outros. Para instituir e manter esses cuidados de forma adequada, é fundamental o acesso a serviços de saúde com equipe multiprofissional capacitada e insumos para apoiar um melhor controle metabólico (Santos *et al.*, 2011; Gama *et al.*, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a principal via de acesso para a produção de cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para o atendimento às pessoas que necessitam de acompanhamento contínuo e as linhas de cuidados são a principal estratégia para a organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012a; 2017). Nessa proposta, as pessoas com DM são acolhidas na APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e são encaminhadas para os atendimentos necessários nos diversos níveis de atenção. A APS prioriza ações de prevenção de doenças e promoção da

saúde, visando o acompanhamento longitudinal e a promoção da integralidade da assistência nos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2011; Gama *et al.*, 2021).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais que possuem contato direto com a comunidade e intermedeiam o acesso desta aos outros serviços que o SUS oferece, ajudando assim, no acolhimento, na criação de confiança e vínculo com os demais membros da equipe de Saúde da Família (eSF) (Brasil, 2009). Além disso, o ACS contribui diretamente com as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (Brasil, 2022a). A atuação dos ACS une o saber técnico e popular, e seu objetivo é incentivar a mudança do estilo de vida (Marteleto, 2014). Reforçando a importância do papel dos ACS no acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, Souza e Oliveira (2020) conduziram um estudo sobre os fatores associados ao descontrole glicêmico de pessoas com DM atendidas no SUS baiano e evidenciaram que receber menos visitas dos ACS estava associado a um pior controle glicêmico. Entretanto, outro estudo apontou que os ACS demonstram possuir pouco conhecimento sobre o cuidado para a pessoa com DM, o que implica negativamente na qualidade do seu trabalho (Rampelotto, 2020).

Apesar do vínculo entre os ACS e as pessoas do território ser maior e os diálogos terem maior abertura, se comparado aos outros profissionais da eSF, estudos evidenciam que ainda predomina na abordagem feita pelos ACS um estilo de comunicação fiscalizador e prescritivo. Essas evidências reforçam a necessidade de ofertar aos ACS formação que inclua conhecimentos mais aprofundados acerca do cuidado à pessoa com DM e modelos de comunicação dialógica e democrática (Monteiro, 2018; Costa *et al.*, 2012; Cardoso; Nascimento, 2010).

Cyrino (2009) ao discorrer sobre as estratégias educativas para as pessoas com DM, menciona que o modelo focado em transmitir informações almejando mudar comportamento continua sendo uma prática comum nos serviços de saúde. Por conseguinte, quem se torna ausente é a pessoa com DM, pois seus saberes, experiências e vivências são ignorados. Às pessoas com DM resta apenas se adequar às orientações prescritas em seu cotidiano já estruturado, o que demanda grande esforço adaptativo, resultando em baixo engajamento na produção de autocuidado.

Segundo Paulo Freire (1987, p. 45), o ato de educar deve ser orientado pelo diálogo, que “não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias”. Nessa concepção educativa, o respeito à individualidade, saberes e visão de mundo do outro promove uma aprendizagem colaborativa entre os

envolvidos na produção de cuidados, onde todos aprendem e também ensinam com uma troca verdadeira de saberes (Conte; Doll, 2021).

Desse modo, ao entender que o DM é uma patologia crônica, cujo objetivo é a estabilização e não a cura, abordagens que consideram o longo prazo, priorizando o prazer e o bem-estar são mais efetivas para proporcionar mudanças reais de hábitos e comportamentos. É necessário ainda identificar os valores e crenças da pessoa buscando melhorar sua relação com a comida, seu corpo e a doença. Além disso, a abordagem deve ser centrada na pessoa com DM, que precisa assumir um papel ativo na elaboração de seu plano de cuidados (Bedeschi; Petry, 2020).

Dentre as abordagens que podem ser empregadas para uma comunicação mais dialógica e motivadora, encontra-se o referencial da Entrevista Motivacional (EM). Trata-se de um estilo de comunicação que busca evocar das pessoas as suas próprias motivações para realizar mudanças em favor da sua saúde. A EM proporciona ao profissional um guia que norteia sua conversa e postura diante do outro, enfatizando, por exemplo, a empatia, o respeito, a escuta ativa, a autonomia e a parceria, podendo ser aplicada em diferentes níveis de atenção à saúde (Rollnick; Miller; Butler, 2009; Dunker *et al.*, 2019; Serebrenic; Lima, 2019).

Sabe-se que uma comunicação dialógica se faz necessária e é imprescindível para aquisição de autonomia e corresponsabilização da pessoa no seu autocuidado em saúde. No entanto, muitas vezes, essa abordagem é desconhecida ou negligenciada pelos profissionais de saúde (Rollnick; Miller; Butler, 2009). A hipótese levantada neste estudo é que os ACS apresentam lacunas de conhecimento relativas a habilidades comunicacionais e ao DM que dificultam a sua interação com as pessoas com DM, especialmente no tocante ao engajamento na produção de autocuidado.

Portanto, o objetivo do presente estudo é analisar como os ACS se comunicam com pessoas com DM a partir do referencial da EM, com enfoque no engajamento para o autocuidado e na alimentação saudável. A partir desses resultados, pretende-se também elaborar uma proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os ACS visando qualificar a comunicação entre os profissionais e as pessoas com DM que buscam os serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SUS E A SUA PERSPECTIVA DE CUIDADO

Instituído em 1988 através da Constituição Federal Brasileira e regulamentado pelas leis nº 8080/90 e 8142/90, o SUS, representa um grande avanço para o Brasil e sua população, no que diz respeito à saúde como direito de todos e dever do Estado. A universalidade, integralidade e equidade são os princípios que norteiam o SUS, seu enfoque está na prevenção de agravos/doenças, promoção e recuperação da saúde e suas diretrizes contemplam a participação da comunidade e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (Brasil, 1988; 1990a; 1990b; 2022b).

O SUS é considerado mundialmente como um dos maiores e melhores sistemas públicos de saúde. Ao longo de seus mais de 30 anos, ele expandiu fortemente o acesso à saúde de uma parcela significativa da população do Brasil, inovou com a descentralização na gestão dos serviços de saúde – concedendo aos municípios maior responsabilidade – e investiu na ampliação de recursos humanos e da tecnologia. O SUS está em constante evolução e enfrenta diversos desafios, contudo, é inegável a sua relevância no contexto nacional (Ferreira; Ferreira, 2023).

De forma geral, existe um grande empenho para construir um modelo de atenção à saúde focado em ações de melhoria da qualidade de vida, tanto no âmbito individual como coletivo. Um exemplo disso é o surgimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com a proposta de enfrentar os desafios e qualificar continuamente as práticas, em uma perspectiva multidisciplinar, integrada e em redes (Brasil, 2010; 2018a).

A Promoção da Saúde (PS) é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, baseado na capacitação e participação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (Brasil, 2018a; WHO, 1986). Os princípios da PS são: a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade (Brasil, 2021a). Dessa forma, almeja integrar as diversas esferas e atores, cada qual com suas responsabilidades, ao invés de perpetuar uma abordagem fragmentada no processo saúde-doença (Brasil, 2010).

Mesmo que a PS vise provocar mudanças nas formas de organização, planejamento, realização, análise e avaliação do trabalho em saúde, e não esteja em oposição à clínica, Akerman e Rocha (2018) evidenciaram a falta dela na agenda dos serviços. A PS era ofuscada pela assistência direta às pessoas, em um modelo baseado na queixa-conduta. Nessa

perspectiva, os autores reforçam que promoção é diálogo, ocorre entre indivíduos e capta, de maneira sensível, as necessidades do outro (Brasil, 2018a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece as diretrizes para a organização da APS no SUS visando ações individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção e recuperação da saúde, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar para uma população específica, de forma integral e gratuita (Brasil, 2009; 2017). A estratégia prioritária da APS para se consolidar e expandir é a ESF. Esta, tem a família como centro de atenção e sua equipe é composta primordialmente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo fazer parte também o Agente de Combate às Endemias (ACE), cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada eSF é responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, vinculando assim, cerca de 60% dos brasileiros (Brasil, 2017; Paim, 2018).

Dentre as características do processo de trabalho das eSF inclui-se desenvolver ações educativas e intersetoriais visando a promoção do autocuidado e a integralidade da atenção. Já nas atribuições comuns a todos os profissionais está a participação no acolhimento da pessoa assistida, propiciando um atendimento humanizado e se responsabilizando pela continuidade do cuidado (Brasil, 2017).

A ESF age sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), tendo em vista as necessidades do território e estudos apontam sua efetividade na melhora das condições de saúde, inclusive nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Oliveira, 2019; Souza *et al.*, 2018). Nesse contexto, foi instituído no Brasil o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) com a finalidade de cadastrar e acompanhar pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou DM. O HIPERDIA prevê atribuições a serem desenvolvidas por cada integrante da eSF visando fornecer uma assistência contínua e de qualidade na ESF. Apesar das várias potencialidades proporcionadas pela ESF, grandes ainda são as fragilidades e os desafios a serem superados (Brasil, 2001; 2017; Oliveira, 2019; Souza *et al.*, 2018).

Em se tratando especificamente do ACS, o trabalho vem para fortalecer o elo e o acesso da comunidade aos serviços de saúde, buscando resolver situações-problema e contribuir para qualidade de vida da população. Sua atuação ultrapassa o âmbito domiciliar e sua comunicação e liderança se destacam. Por isso, ele é considerado um grande potencial para estimular as pessoas a lutarem por seus ideais e a se corresponsabilizarem por sua saúde, sendo essencial para o funcionamento da APS (Brasil, 2009; Mendonça *et al.*, 2022).

As atribuições do ACS foram descritas na lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, sendo reformuladas pela lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Uma de suas alterações foi o acréscimo dos referenciais da Educação Popular em Saúde como base para o desempenho de

atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. Esta, estimula o autocuidado, dialogando com os diversos saberes, a fim de propiciar um ambiente participativo e com um forte vínculo entre os profissionais e as pessoas que utilizam o SUS (Brasil, 2006a; 2018b; Furlan, 2008).

Sobre o exercício da sua profissão, os ACS devem residir na área de atuação, ter finalizado curso formativo inicial, no mínimo, de quarenta horas de duração e concluído o ensino médio. No entanto, não é exigido esta escolaridade daqueles que já exerciam a função na data de publicação da lei nº 13.595/2018. Além disso, formações presenciais ou semipresenciais devem ser oferecidas durante a jornada de trabalho, devendo o ACS frequentar cursos de educação continuada e aperfeiçoamento a cada dois anos (Brasil, 2018b).

Nessa perspectiva, em 7 de dezembro de 2020 foi instituído o Programa Saúde com Agente através da Portaria MS nº 3.241, com alteração pela Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021. Um dos seus propósitos é oferecer Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) com carga horária mínima de mil e duzentas horas divididas entre as modalidades presencial, durante a jornada de trabalho, e Educação a Distância (EaD), em ciclo único, no período de 2021 e 2022. O mesmo é pautado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e tem a finalidade de habilitar os ACS nas atividades que lhe competem conforme a lei vigente (Brasil, 2020a; 2021b).

2.2 OS DSS E O DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

Saúde e doença correspondem a estados e condições que modificam-se ao longo do tempo (Albuquerque; Oliveira, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade. Apesar da utopia deste conceito, trata-se de um componente da qualidade de vida, um bem coletivo e direito de todos (Vianna, 2012). A doença, por sua vez, é entendida como uma alteração do equilíbrio existente na natureza humana, além de ser uma tentativa desta de se reequilibrar, uma manifestação generalizada a fim de proporcionar cura (Canguilhem, 2009).

A saúde também é resultado de vários fatores determinantes e condicionantes que integram as relações sociais. Trata-se do direito ao trabalho, ao salário digno, à educação, à água, à terra, é sobre não viver constantemente com medo da violência e ultrapassar o aspecto individual e medicamentoso. O referencial dos DSS explicita os aspectos que impactam a saúde dos indivíduos e modelam suas condições de vida. São eles: os fatores sociais,

econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Silva; Lima, 2024; Arouca, 1986).

O DM é uma doença prevalente que consiste em um grupo de doenças metabólicas em que ocorre hiperglicemia devido a defeitos na secreção de insulina, na ação dela ou em ambas, e disfunções no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas. A longo prazo, a hiperglicemia crônica pode repercutir em diversos danos, inclusive no surgimento de outras doenças, disfunção e falência de órgãos. Os principais sintomas do DM são: poliúria, sede, visão turva e perda de peso (WHO, 2019).

No mundo, aproximadamente 529 milhões de pessoas possuem DM e a doença está situada entre as 10 principais causas de morte. O tipo mais comum na população é o DM2, com cerca de 90% do total de casos e o seu diagnóstico geralmente demora anos para ocorrer, pois a hiperglicemia se desenvolve de forma gradual e seus sintomas iniciais muitas vezes não são perceptíveis (Ong *et al.*, 2023; ADA, 2014; PAHO, 2022).

Diversos fatores favorecem a incidência e a prevalência do DM2, sejam eles socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos. Aspectos como a rápida urbanização, o crescimento e envelhecimento populacional, a transição nutricional, o estilo de vida sedentário e a maior frequência de excesso de peso propiciam a ocorrência do DM2. Dessa forma, as desigualdades (sociais, econômicas, de acesso a serviços de saúde, à alimentação saudável, entre outras) aceleram a epidemia mundial do DM, exigindo dos governos políticas públicas que apoiem, por exemplo, o acesso regular à alimentos saudáveis e oportunizem a prática de atividades físicas, a fim de reduzir os fatores de risco modificáveis para o DM (Brasil, 2019; IDF, 2021; Ong *et al.*, 2023; Roglic, 2016).

A qualidade de vida das pessoas que possuem DM, dos seus familiares e da sociedade pode ser seriamente afetada. O tratamento do DM representa um custo financeiro alto tanto para os indivíduos como para os sistemas de saúde. Além de influenciar a saúde daquele que vive com a doença, o DM também pode afetar seu emprego e suas oportunidades sociais, por exemplo. Trata-se então, de um assunto complexo que envolve diversos atores, setores e áreas do conhecimento (PAHO, 2022; WHO, 2019).

Considerando as repercussões na vida de uma pessoa e conseqüentemente daqueles ao seu redor, o SUS oportuniza através da ESF um cuidado integral e longitudinal para as pessoas que possuem DM. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) Brasileiro publicou cartilhas e protocolos para direcionar as condutas terapêuticas dos profissionais atuantes no SUS, incluindo os ACS (Brasil, 2006b; 2013a; 2020b; 2020c; Ribeiro *et al.*, 2020).

Com relação ao tratamento do DM2, as orientações do MS incluem educar e conscientizar a respeito da doença, estimular a alimentação saudável e a prática de atividade física regular, orientar para um controle adequado de pressão arterial, peso, lipídeos e glicêmico, através de mudanças no estilo de vida associada ao tratamento medicamentoso quando indicado, respeitando a individualidade de cada pessoa (Brasil, 2020c).

2.3 A ALIMENTAÇÃO E SUAS DIMENSÕES NO BRASIL

A alimentação é indispensável para a vida humana e vários são os fatores que determinam a escolha e o hábito alimentar de uma pessoa. Comer ultrapassa o aspecto biológico de nutrir o corpo e permeia os fatores econômico, político, cultural, ético e psicossocial. A comida está presente nos rituais e cerimônias religiosas, nas comemorações de aniversário, nos encontros entre amigos, na identidade cultural de um lugar e contém os significados, crenças e as representações que uma sociedade lhe atribui (Canesqui; Garcia, 2005; Leão, 2013).

Uma alimentação adequada é direito fundamental do indivíduo e dever do poder público garanti-la à população. Em 2006, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) foi criada com o objetivo de formular e implementar, de forma participativa, políticas e ações que assegurem esse direito, buscando soluções para o problema da fome no Brasil (Brasil, 2006c). De acordo com a LOSAN, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006c, p. 4).

Em contrapartida, o contexto de insegurança alimentar (IA) se estabelece quando as pessoas não têm acesso adequado a quantidades suficientes de alimentos seguros e nutritivos para o crescimento e desenvolvimento normais e uma vida ativa e saudável. O acesso pode ser dificultado por questões econômicas, sociais ou físicas (FAO, 2018). Por exemplo, se as frutas e verduras forem mais caras e menos acessíveis do que os alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, a probabilidade é que seu consumo diminua. Somado a isso, se a mídia favorecer excessivamente o consumo dos alimentos industrializados e se o tempo das pessoas para se

alimentar de forma adequada for escasso, essa situação pode agravar-se ainda mais, contribuindo então, para aumentar o excesso de peso e as doenças crônicas, o que explicita a IA (Leão, 2013).

Para além da SAN, a soberania alimentar compreende o direito dos povos de decidir seus próprios sistemas alimentares, o que contempla a produção, distribuição e o consumo dos alimentos, sob a ótica da sustentabilidade. Essa prática contrapõe a lógica capitalista que impera no Brasil, a qual amplia as desigualdades nas áreas urbanas e rurais e vê o alimento como uma possibilidade de mercado. Logo, a soberania alimentar valoriza os modos de vida e trabalho dos agricultores, a cultura, a saúde e melhora a qualidade nutricional da alimentação familiar (Botelho, 2021; Tassi; Bezerra, 2020; Guerra; Silva, 2022).

Dessa forma, é perceptível que alcançar a SAN e a soberania alimentar requer a intersetorialidade e o diálogo interdisciplinar, tendo em vista a complexidade da alimentação e os diversos interesses a ela envolvidos. Nessa perspectiva, a fim de nortear as ações de promoção da alimentação adequada e saudável no SUS e reforçar seu compromisso com esta causa, o MS publicou o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (Cruz; Melo Neto, 2014; Leão, 2013; Brasil, 2014).

O GAPB é um instrumento que apoia e incentiva práticas alimentares saudáveis, sendo também subsídio para ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Com linguagem acessível, é destinado a todos os brasileiros e tem os profissionais de saúde, inclusive os ACS, como fundamentais na divulgação dessas informações. O GAPB considera os nutrientes, as combinações alimentares, os aspectos culturais e sociais da alimentação e enfatiza a autonomia da pessoa, além de ressaltar que a adoção de uma alimentação saudável não se trata exclusivamente de uma escolha individual (Brasil, 2014).

As orientações alimentares incluídas no GAPB se aplicam e proporcionam benefícios a todas as pessoas, até mesmo aquelas que possuem patologias crônicas. O GAPB é descrito como um facilitador das escolhas alimentares diárias, pois ilustra opções das principais refeições. Ele também instiga a reflexão da identidade cultural do país, ao resgatar e respeitar as tradições culinárias de cada região brasileira e inova ao reconhecer a maneira como se come e a comensalidade como determinantes de uma alimentação saudável (Jesus *et al.*, 2021; Ambrosi; Grisotti, 2022).

A EAN, por sua vez, compreende uma esfera de conhecimento e prática, de forma contínua e permanente, que envolve os diferentes setores, as diversas áreas do conhecimento e a atuação conjunta dos profissionais, com o intuito de promover hábitos alimentares saudáveis. Seu conceito considera a amplitude da alimentação, as fases da vida e integra o

conhecimento científico e popular, além de, fundamentar-se no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e na garantia da SAN (Brasil, 2012b).

É importante ressaltar que, a alimentação e a nutrição estão sujeitas às mudanças do contexto macro e micro da sociedade, aos interesses nas relações humanas, às questões econômicas e políticas da vida em comunidade, entre outros fatores (Cruz, 2020). Nesse sentido, a Nutrição Social (NS) representa um campo de estudo e prática que vem se desenvolvendo ao longo do tempo sob a perspectiva de pensar e efetivar a ciência da Nutrição. Atualmente, a NS compreende a alimentação para além do aspecto biológico e visa desenvolver ações que orientem à população quanto a uma alimentação saudável, considerando o cotidiano das pessoas e os DSS que influenciam suas condições de vida (Cruz; Melo Neto, 2014; Boog, 2004; Santos *et al.*, 2023).

2.4 A EM COMO ABORDAGEM COMUNICATIVA NA APS

A produção do cuidado na APS deve incluir tecnologias (instrumentos, conhecimento técnico, abordagens mais relacionais) que se adequem às necessidades de saúde da pessoa assistida. Para isso, é importante compreender a subjetividade do indivíduo e objetivar sua autonomia (Merhy; Franco, 2003; Coelho; Jorge, 2009).

De acordo com Oliveira, Suto e Silva (2016), as tecnologias leves revelam-se como possibilidades para qualificar as práticas da APS, dado o potencial transformador das relações humanas. Tais tecnologias caracterizam-se pelo acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, rompendo então, com a lógica prescritiva presente na assistência. A comunicação também faz parte desse conjunto, sendo fundamental para reconhecer e efetivar o protagonismo das pessoas na coprodução de saúde (Merhy; Franco, 2003; Machado; Haddad; Zoboli, 2010).

Por definição, a comunicação é um processo social que envolve a troca de informações entre duas ou mais pessoas por meio de símbolos e regras de linguagem. Profissionais de saúde que se comunicam de forma efetiva estão mais aptos a criar e manter relações terapêuticas e éticas, a utilizar a escuta ativa, a compartilhar saberes e decisões, e a promover a autonomia das pessoas, além de se comunicar de forma respeitosa com outros membros da equipe. A qualidade da comunicação durante o atendimento em saúde depende, portanto, do desenvolvimento de habilidades específicas responsáveis por criar e sustentar o vínculo na relação entre o profissional e a pessoa. No entanto, estudos demonstram que, apesar do avanço científico nas condutas profissionais, os aspectos básicos das relações

interpessoais têm sido ignorados (Rocha; Setubal, 2022; Ranjan; Kumari; Chakrawarty, 2015; Barry; Edgman-Levitan, 2012; Roter *et al.*, 2006).

A comunicação é um elemento fundamental na atuação profissional e nos encontros interpessoais que o SUS oportuniza. Trata-se de um instrumento com enorme potencial para produzir práticas mais humanizadas nos serviços de saúde. Todavia, modelos comunicacionais que estabelecem relações verticalizadas, hierárquicas e unidirecionais, baseadas na transmissão de informações, apresentam fragilidades quando comparados àqueles em que o diálogo e o compartilhamento de saberes são basilares. A comunicação não é inata, é uma competência de aprendizagem contínua e cabe ao profissional favorecê-la de forma terapêutica e dialógica na produção do cuidado (Coriolano-Marinus *et al.*, 2014).

Dessa forma, o domínio de técnicas de comunicação interpessoal assume um papel de destaque na atuação dos profissionais de saúde, seja nos processos de promoção, prevenção ou reabilitação. Dentre as técnicas disponíveis, destaca-se a EM. Esta pode ser considerada uma tecnologia leve e se apresenta como uma facilitadora da comunicação, possibilitando a construção horizontal do saber e levando a pessoa assistida à reflexão, protagonismo e respeito mútuo, ao passo que orienta o profissional como conduzir um diálogo que favorece à tomada compartilhada de decisões e a mudança de hábitos. Dessa forma, a EM consiste em uma técnica de aconselhamento em saúde que almeja evidenciar as motivações intrínsecas de um indivíduo, através de um estilo de comunicação baseado na colaboração, aceitação e compaixão do profissional, que auxilia a pessoa no processo de modificação do comportamento (Dunker *et al.*, 2019; Miller; Rollnick, 2013).

A EM foi desenvolvida na década de 80 por dois psicólogos, William Miller e Stephen Rollnick, com o intuito de ajudar dependentes de álcool e outras drogas, visto que, estas pessoas apresentavam grandes dificuldades com a mudança de comportamento. Posteriormente, a aplicabilidade da EM foi expandida para várias outras questões relacionadas aos comportamentos em saúde. Os autores perceberam, a partir da prática clínica, que preleções, argumentações e advertências não funcionavam com pessoas ambivalentes. Por isso, o enfoque da EM é que os indivíduos falem e resolvam sua ambivalência utilizando seus próprios recursos internos e eles mesmos argumentem a favor da mudança. Ao profissional compete estimular a motivação da pessoa, almejando aumentar a possibilidade de mudança, porém, sem impor um curso de ação (Rollnick; Miller; Butler, 2009; Dunker *et al.*, 2019; Jungerman; Laranjeira, 1999; Miller; Rose, 2009).

A EM advém de teorias psicológicas, é centrada na pessoa e os objetivos da intervenção são negociados. Ela consiste em um guia para nortear uma conversa a partir de

estratégias específicas e não se baseia no Modelo Transteórico de Mudança, o qual descreve os estágios de mudança comportamental, porém, estas duas teorias são complementares. A EM compreende quatro elementos: parceria, aceitação, evocação e compaixão que guiarão o profissional durante o diálogo. Estes, embasam os princípios e as estratégias da EM, se referindo, respectivamente, à colaboração mútua; ao reconhecimento de que o outro tem direito e liberdade de realizar suas próprias escolhas, independentemente da opinião do profissional; à busca por motivações e recursos advindos do próprio indivíduo que possam auxiliá-lo no seu processo de autocuidado; e à aproximação genuína com o intuito de ajudar o outro, mediante suas necessidades (Miller; Rose, 2009; Serebrenic; Lima, 2019; Figlie; Guimarães, 2014; Rollnick; Miller; Butler, 2009).

Diversos estudos evidenciam a efetividade da EM em promover a mudança de comportamento e de parâmetros relacionados à saúde, como níveis glicêmicos e IMC. No decorrer dos seus 40 anos de existência, a EM tem sido utilizada na abordagem do alcoolismo, dependência química, tabagismo, diabetes, compulsão alimentar, perda de peso, aumento da atividade física, melhora de comportamentos alimentares e no engajamento para o autocuidado, em várias idades, contextos e níveis de atenção à saúde, e por diferentes profissionais. Seus benefícios incluem impactos fisiológicos e/ou psicossociais, e por não possuir contraindicações aparentes, seu uso tem sido estimulado na APS como uma estratégia viável, apropriada e eficaz (Melnick *et al.*, 2021; Serebrenic; Lima, 2019; Kao *et al.*, 2023; Rubak *et al.*, 2005; Andretta *et al.*, 2014; Brito *et al.*, 2021; Dunker *et al.*, 2019; Brasil, 2016; Faustino-Silva; Jung; Porta, 2019; Meyer *et al.*, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como os ACS se comunicam com pessoas com DM a partir do referencial da EM, com enfoque no engajamento para o autocuidado e na alimentação saudável.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento e as crenças dos ACS sobre o DM;
- Analisar a abordagem comunicativa utilizada pelos ACS na interação com pessoas com DM, tendo como referencial a EM;
- Elaborar uma proposta de EPS para os ACS visando qualificar a comunicação e as orientações alimentares no contexto da pessoa com DM com foco no engajamento para o autocuidado, a partir dos resultados da pesquisa.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa exploratória de base fenomenológica que visa compreender como os ACS, que atuam em um município do Nordeste brasileiro, interagem e se comunicam com as pessoas com DM a partir das percepções dos próprios ACS. O método qualitativo elucida as percepções, crenças e as interpretações que as pessoas possuem, possibilitando uma análise dessas nuances em diferentes contextos. A pesquisa exploratória almeja uma maior familiaridade com o problema e a fenomenologia descreve como fenômenos específicos de interesse são vivenciados e experimentados pelos indivíduos (Minayo, 2014; Gil, 1991; Driessnack; Sousa; Mendes, 2007).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na APS de um município do Nordeste brasileiro. A população estimada da cidade é 45 mil pessoas, sua área territorial ultrapassa mil km² e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é médio. Possui 102 ACS, distribuídos em 21 eSF em todo o território municipal, que abrange distritos e zonas rurais (IBGE, 2023; CNES, 2022). Cada eSF é responsável por 1500 pessoas e cada ACS, 200 famílias. Dessa forma, trata-se de um local que valoriza a APS, a ESF e dentro de suas possibilidades busca qualificar os serviços de saúde ofertados.

As ESF do município organizam o atendimento à comunidade a partir da demanda espontânea, de encaminhamentos advindos de outros serviços e atividades programadas na UBS ou no território. A rotina profissional dos ACS inclui reuniões de equipe mensais para planejamento e monitoramento das ações, visitas domiciliares (VD), discussão de casos e processos de trabalho. Atividades coletivas visando a educação em saúde são realizadas esporadicamente e são poucas as ESF que trabalham com grupos em seu cotidiano.

Para os novos ACS admitidos, uma capacitação presencial breve é ofertada periodicamente e ministrada pela coordenadora da Atenção Básica (AB). Nesta capacitação aborda-se as competências e atribuições do ACS, com ênfase na visita domiciliar, nos aspectos éticos, no manuseio do tablet e como abordar as pessoas no território e na unidade de saúde.

Na maioria das vezes, os ACS ficam sabendo que tem uma pessoa com DM em sua área quando esta lhes comunica seu diagnóstico durante uma VD ou quando a equipe repassa essa informação. Todavia, há situações em que o próprio ACS identifica uma pessoa com sintomas sugestivos de DM na VD, a partir de perguntas sobre o estado de saúde, sinais e sintomas considerados suspeitos, contribuindo, assim, para o diagnóstico e intervenção da eSF.

A VD para as pessoas com DM ocorre mensalmente. Para a maioria delas, a VD consiste em perguntas de rotina relacionadas aos valores glicêmicos, ao uso da medicação e se as orientações alimentares estão sendo cumpridas. À vista disso, esclarecem dúvidas, ajudam a organizar os remédios, orientam sobre plantas medicinais e encaminham frequentemente para os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) para que o acompanhamento seja mais adequado. Uma das funções do ACS é orientar as pessoas e para isso também utilizam atividades como rodas de conversa e grupos no aplicativo de mensagens WhatsApp. Ademais, durante as VD, os ACS não realizam a aferição da glicemia capilar.

4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Todos os 102 ACS atuantes no município foram convidados e nove foram selecionados para participar desse estudo. Estes, foram selecionados de forma que a amostragem apresentasse diversidade quanto à idade, experiência profissional, cor, raça, etnia, gênero, espaço geográfico e equipe de referência (Minayo, 2017).

Inicialmente, todos os ACS foram convidados a responder um questionário eletrônico sobre suas características sociodemográficas (APÊNDICE A). Este, foi útil para traçar o perfil dos profissionais e identificar aqueles que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão deste estudo. Os profissionais selecionados foram convidados para participar da entrevista. A pesquisadora entrou em contato por telefone ou pessoalmente com o(a) ACS selecionado(a), explicou-lhe detalhadamente em que consistia a pesquisa e que os dados coletados receberiam tratamento de maneira que não os identificassem. Para aqueles que concordaram em participar, agendou-se um dia, horário e local factível para realização da entrevista, que poderia ser presencial ou on-line, de acordo com as condições sanitárias vigentes, devido à pandemia da COVID-19.

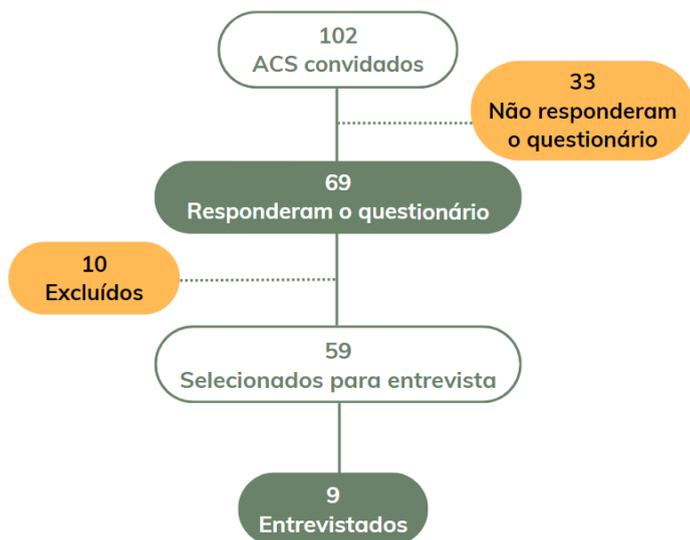
Foram incluídos os ACS devidamente relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do município, atuantes nas zonas urbana e/ou rural, de

ambos os sexos e que estavam em conformidade com os procedimentos deste estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foram excluídos aqueles que possuíam menos de 12 meses de experiência na função, os que não se encontravam em atuação profissional no período da coleta de dados – seja por férias, licença ou indisponibilidade –, aqueles que relataram não acompanhar pessoas com DM em sua área adstrita e os que apresentaram incongruência nas respostas ou preencheram menos de 85% do questionário eletrônico, e os que não informaram o nome impossibilitando sua seleção para a etapa da entrevista.

Na primeira etapa, que consistiu no preenchimento do questionário eletrônico, foram obtidas 69 respostas de um total de 102 ACS convidados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 59 participantes foram selecionados para a segunda etapa, a entrevista semiestruturada. Nela, a seleção e determinação do tamanho amostral ocorreram a partir dos critérios de representatividade e de saturação dos dados, assim, 9 ACS foram entrevistados (4 homens e 5 mulheres) (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos participantes



Fonte: A autora

4.4 TÉCNICA DE CONSTRUÇÃO DE DADOS

A entrevista semiestruturada foi realizada com os ACS selecionados, sendo utilizado o critério de saturação dos dados para determinar o tamanho amostral.

Nesta etapa, o entrevistado foi questionado sobre suas percepções a respeito da sua comunicação com as pessoas com DM. O roteiro para a entrevista semiestruturada encontra-se no APÊNDICE C. As entrevistas foram realizadas presencialmente, em uma sala disponibilizada dentro da própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou da UBS na qual o ACS atuava. Todas foram gravadas por meio de dispositivo eletrônico para posterior transcrição e análise de seu conteúdo. A menor teve duração de 25 minutos e a maior 100 minutos, sendo a duração média de 57 minutos.

As transcrições das entrevistas foram armazenadas na plataforma Google Drive®, de acesso restrito às pesquisadoras, utilizando a sigla “ACS” seguida de um número como forma de identificação, para que haja sigilo e confidencialidade das informações do participante da pesquisa.

4.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a realização das entrevistas, as falas foram transcritas na íntegra para o computador e armazenadas em arquivo do Microsoft® Office Word®. Os nomes dos participantes foram substituídos pela sigla “ACS” seguida de um número, sendo mantidos o sigilo e anonimato do participante.

Posteriormente, os relatos foram agrupados e categorizados de acordo com a Análise de Conteúdo Temático-Categorial, a qual permite através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das entrevistas, produzir inferências, partindo dos dados em direção ao seu contexto. A saturação dos dados foi alcançada com as nove entrevistas realizadas, uma vez que novas informações não acrescentaram dados adicionais às categorias identificadas (Bardin, 2016).

Baseando-se em Bardin (2016) foram seguidas as seguintes etapas para a análise de conteúdo temático-categorial:

1ª Etapa - Pré-análise: refere-se à organização das informações, sendo um período preparatório para a análise. Essa etapa compreendeu a seleção dos documentos a serem submetidos à análise; a preparação e edição do material; a leitura flutuante; a formulação das hipóteses e objetivos, e a elaboração e escolha de indicadores para fundamentar a interpretação final, entre eles encontram-se a EM, como referencial de análise dedutiva, e a Nutrição Comportamental (NC) e o GAPB, como bases para as orientações nutricionais.

2ª Etapa - Exploração do Material: consiste essencialmente em operações de codificação e construção de categorias. A codificação correspondeu ao processo de

transformação sistemática dos dados brutos do texto, agregando-os em duas unidades de registro (comunicação e conhecimento sobre DM), duas unidades de contexto (atuação no serviço de saúde e vivências pessoais) e categorização temática para análise posterior. Nesse processo foram utilizados os métodos dedutivo e indutivo.

A partir da revisão de literatura foi elaborada uma categoria pré-definida (método dedutivo) baseada nos elementos da EM, especificados no Quadro 1. Esse referencial foi adotado considerando a potência dessa abordagem comunicacional para o engajamento da pessoa com DM no seu autocuidado. Durante a análise dedutiva foram elaborados quadros para o agrupamento das informações. A análise indutiva visou identificar as informações mais importantes envolvendo o conhecimento dos ACS sobre o DM e a percepção de seu papel no acompanhamento dessas pessoas.

Quadro 1 – Descrição dos elementos da EM

ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
ELEMENTO	CARACTERÍSTICAS
PARCERIA	<ul style="list-style-type: none"> ● Profissional interage e se interessa pela história e vida da pessoa; ● Tomada de decisão compartilhada: não é a pessoa ou o profissional que estão certos – ambos têm suas razões e tentam chegar em uma conduta compartilhada; ● Buscar o possível ao invés do ideal. <p><i>OPOSTO = HIERARQUIA</i></p>
ACEITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Interesse e valorização do potencial de cada indivíduo; ● Reconhecimento dos valores e crenças do outro; ● Empatia, suporte à autonomia, reforço positivo e posturas em prol da saúde e integridade de vida da pessoa; ● Respeito à singularidade do outro, acreditando em sua capacidade de produzir cuidado e de decidir sobre a própria vida; ● Aceitar o outro não significa necessariamente aprovar ou endossar o status quo ou as ações da pessoa. <p><i>OPOSTO = CONTROLE</i></p>
EVOCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Evocar as forças que motivam a pessoa, em vez de persuadir; ● Auxiliar a pessoa a encontrar suas próprias respostas; ● Focar na compreensão das forças da pessoa e em seus recursos, em vez de focar em seus déficits; ● Ajudar a pessoa a identificar seus pensamentos e ideias ao invés de impor ou propor as opiniões do profissional. <p><i>OPOSTO = PERSUASÃO</i></p>
COMPAIXÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover ativamente o bem-estar do outro, priorizando suas necessidades;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Focar na pessoa e não no problema dela; ● Compreender o que se passa na realidade do outro e se dispor a estar junto com este outro. <p><i>OPOSTO = INDIFERENÇA</i></p>
--	--

Adaptado de Figlie e Guimarães (2014).

3ª Etapa - Tratamento dos dados e interpretação: refere-se à condensação e destaque das informações obtidas. Os resultados aqui obtidos constituem as bases para as inferências e interpretações em relação aos objetivos previstos, permitindo também reconstruir o discurso, compreendendo o objeto de estudo. Dessa forma, as informações foram agrupadas por sentido resultando em duas categorias: Conhecimento e crenças dos ACS sobre DM2; e A abordagem comunicativa dos ACS frente às pessoas com DM, que serão apresentadas detalhadamente na seção resultados. Nas análises inferenciais e interpretativas foram estabelecidas relações entre os dados obtidos e o referencial teórico. Esta etapa também se configurou em um momento de análise crítica e reflexiva em relação aos resultados obtidos.

Todas as etapas da análise foram discutidas entre duas pesquisadoras (a mestranda e sua orientadora) e questões conflitantes foram discutidas com uma terceira pesquisadora (a coorientadora).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pela SMS que assinou uma carta de anuência autorizando a execução do mesmo. O Projeto de Pesquisa também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP-UFSCar), parecer número: 5.499.058. Sua execução seguiu as recomendações da Resolução CONEP 510/2016.

A pesquisa foi apresentada aos ACS durante uma capacitação promovida pelo Estado em julho de 2022, onde quase todos os ACS estavam presentes. Nela, eles foram convidados a participar e puderam sanar eventuais dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa. Nesta etapa, a pesquisadora seguiu o roteiro condizente à entrada em campo descrito por Minayo (2014) que consiste em: apresentação, menção do interesse da pesquisa, apresentação de credencial institucional, explicação dos motivos da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado, garantia do anonimato e de sigilo e conversa inicial.

Em seguida, foi disponibilizado o endereço de acesso ao TCLE e ao questionário eletrônico (APÊNDICES A e B), na plataforma Google Forms, pelo aplicativo de mensagens

WhatsApp no grupo de trabalho em que eles já estavam inseridos. Para isso, solicitou-se a autorização dos mesmos para a inclusão da pesquisadora neste grupo. Após 32 horas do envio, todos, exceto um ACS, haviam visualizado a mensagem. Pelo fato de outros assuntos terem surgido no grupo e nenhum questionário ter sido respondido, optou-se por reforçar o convite de forma individual, através de mensagem de texto no privado, visando também compreender quais as objeções deles para participarem do estudo.

Além disso, uma lista nominal dos ACS incluindo seu número telefônico e a UBS que atua foi fornecida anteriormente pela SMS, conforme Termo de Autorização de Pesquisa. Dessa forma, ao perceber que alguns ACS contidos na lista não estavam inseridos no grupo, a pesquisadora contactou-os de forma individual pelo WhatsApp, enviando-lhes o convite e o link de participação da pesquisa, bem como, esclarecendo suas eventuais dúvidas. Para aqueles que possuíam o número desatualizado na relação disponibilizada pela SMS e/ou a comunicação foi impossibilitada, buscou-se contatar um profissional da UBS em que atuavam para solicitar informações de contato.

Caso o ACS não respondesse a mensagem, após alguns dias, uma segunda tentativa era realizada. E não havendo retorno nesta última, ele era excluído da pesquisa. Para aqueles que respondiam e apresentavam suas dificuldades, a pesquisadora os auxiliava naquilo que era possível eticamente, seja de forma remota ou presencial. Entre as principais objeções estavam: problemas com a conta de e-mail, pouca experiência com ferramentas tecnológicas, endereço do link sendo visualizado como não clicável e tempo escasso devido às demandas de trabalho solicitadas pela SMS.

Finalmente, aos que responderam o questionário, foi enviada uma mensagem de agradecimento no WhatsApp e de forma geral, os profissionais que compõem a gestão administrativa da SMS e os próprios ACS foram solícitos e apoiaram a realização da pesquisa.

No TCLE constava o detalhamento da pesquisa, assim como, o contato das pesquisadoras e do CEP-UFSCar. Ao final da página, estavam disponíveis os botões de concordância e discordância para serem clicados de acordo com a escolha do(a) ACS e somente após concordar, o(a) mesmo(a) foi encaminhado(a) para o preenchimento do questionário. O participante também foi informado de que, caso não concordasse em participar, bastava fechar o navegador para encerrar sua participação. Desse modo, assegurou-se o sigilo em participar ou não da pesquisa. As respostas foram registradas automaticamente pela plataforma e após envio do formulário, uma cópia foi enviada para o endereço de e-mail cadastrado pelo(a) ACS. O participante foi orientado que ele poderia, se

preferisse, imprimir o TCLE como comprovante. O endereço de acesso ao TCLE, foi enviado com uma mensagem orientando o participante (APÊNDICE D).

A pesquisa somente iniciou após a aprovação no CEP-UFSCar e a assinatura do TCLE por aqueles que concordaram em participar. Os procedimentos de coleta de dados (questionário eletrônico e entrevista semiestruturada), apresentam risco mínimo à integridade física e moral dos(as) participantes. O maior desconforto refere-se à exposição de opiniões pessoais bem como a sua gravação, pois o participante pode se arrepender ou ter receio das repercussões de suas falas; ou ainda, não se sentir confortável para conversar sobre determinados assuntos. Todavia, esse risco foi reduzido através da solicitação de um local reservado para condução da entrevista e da permissão para que a resposta fosse gravada novamente, apagando assim, a primeira gravação. Todas as informações fornecidas pelos participantes serão utilizadas somente para esta pesquisa e o intuito desta, não é avaliar e sim, compreender. Além disso, o(a) ACS teve o direito de não responder a qualquer pergunta sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, solicitar esclarecimentos ou desligar-se da pesquisa com encerramento da sua participação sem quaisquer prejuízos. Caso o participante decidisse retirar o seu consentimento para participar da pesquisa, receberia uma mensagem de ciência da sua decisão por parte das pesquisadoras.

Pesquisas utilizando tecnologias digitais estão sujeitas a riscos característicos do ambiente virtual que envolvem a privacidade de dados. Esse estudo utilizou aplicativos bem conceituados como o Google Meet®, o Gmail®, o Google Forms® e o Google Drive®, administrados pela empresa Google. No entanto, as pesquisadoras não têm controle sobre a forma como a empresa preserva os dados coletados. A política de proteção de dados e privacidade da Google está disponível em <<https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>>. Caso o(a) ACS não se sentisse seguro(a) com essa garantia, poderia cessar a sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo. Em decorrência da utilização de meios digitais para coleta do consentimento ou negativa em participar nesta pesquisa, as pesquisadoras garantem que o TCLE mantém a mesma formatação utilizada para visualização dos participantes.

A participação neste estudo beneficiou os ACS ao viabilizar momentos de reflexão sobre o DM – o qual é um tema complexo – de forma coletiva, individual e com relação a si próprio, além de proporcionar maior conhecimento sobre o tema abordado e contribuir para a qualificação das ações ofertadas pelo município. A participação dos ACS foi importante, voluntária e geraram informações que ampliaram o entendimento sobre a interação entre os ACS e as pessoas com DM.

As gravações e as transcrições das entrevistas foram armazenadas na plataforma Google Drive® até o encerramento da pesquisa. Somente as pesquisadoras possuem acesso a esses arquivos, que serão permanentemente excluídos da plataforma ao término do projeto. Um backup desses arquivos foi feito em um disco rígido, onde permanecerá armazenado por um período de 2 anos, e depois serão totalmente apagados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 59 participantes que responderam o questionário, a maioria é do gênero feminino, com idade entre 50 a 59 anos, se autodeclaram negros (pardos + pretos), tem 12 anos ou mais de estudo, atua na zona rural e exerce a profissão há mais de 20 anos. Com relação ao processo de formação para atuar como ACS, a maioria informou ter realizado curso que incluiu temas de DM e técnicas de comunicação. Todos acompanham pessoas com DM e residem na área em que são ACS (Quadro 2).

Com relação ao perfil dos 9 entrevistados, a maior parte é do gênero feminino, com idade entre 50 a 59 anos, se autodeclara negro (pardos + pretos), atua na zona rural, exerce a profissão há mais de 20 anos e tem 12 anos ou mais de estudo. Grande parte dos participantes informou ter participado do curso para ser ACS, que abordou temas relacionados ao DM e a comunicação entre profissionais de saúde e a pessoa que busca cuidado. Todos os entrevistados acompanham pessoas com DM em sua área adstrita. Uma singularidade dos participantes da pesquisa que surgiu espontaneamente durante as entrevistas foi a aproximação pessoal ou familiar com o DM. Logo, um terço dos entrevistados referiu possuir a doença e outro terço ter algum familiar próximo com DM.

Quadro 2 – Perfil dos participantes em cada uma das etapas do estudo

Questionário (n=59)	Entrevista (n=9)
Gênero	
74,6% Feminino (n=44) 23,7% Masculino (n=14) 1,7% Prefiro não dizer (n=1)	55,6% Feminino (n=5) 44,4% Masculino (n=4)
Idade (anos)	
20,3% 34-39 (n=12) 30,5% 40-49 (n=18) 35,6% 50-59 (n=21) 6,8% 60-69 (n=4) 6,8% Não respondeu (n=4)	11,1% 34-39 (n=1) 22,2% 40-49 (n=2) 55,6% 50-59 (n=5) 11,1% 60-69 (n=1)
Cor, raça, etnia	
66,1% Pardo (n=39) 28,9% Branco (n=17) 5% Preto (n=3)	33,3% Pardo (n=3) 44,5% Branco (n=4) 22,2% Preto (n=2)
Escolaridade	

5% Fundamental completo (n=3) 1,7% Médio incompleto (n=1) 49,2% Médio completo (n=29) 1,7% Superior incompleto (n=1) 42,4% Superior completo (n=25)	11% Fundamental completo (n=1) 44,5% Médio completo (n=4) 44,5% Superior completo (n=4)
Área de atuação	
59,3% Zona Rural (n=35) 25,4% Zona Urbana (n=15) 15,3% Ambas (n=9)	44,5% Zona Rural (n=4) 33,3% Zona Urbana (n=3) 22,2% Ambas (n=2)
Tempo de atuação (anos)	
27,1% 1-10 (n=16) 13,6% 11-20 (n=8) 59,3% 21-31 (n=35)	33,3% 1-10 (n=3) 11,1% 11-20 (n=1) 55,6% 21-31 (n=5)
Realizou curso ou formação para ser ACS	
83% Sim (n=49)	77,8% Sim (n=7)
Estudou sobre DM nesta formação	
73,5% Sim (n=36)	57% Sim (n=4)
Recebeu treinamento sobre técnicas de comunicação nesta formação	
65,3% Sim (n=32)	71% Sim (n=5)
Acompanha pessoas com DM	
100% Sim (n=59)	100% Sim (n=9)
Quantidade de pessoas com DM acompanhadas	
32,3% 1-9 (n=19) 44% 10-19 (n=26) 22% 20-50 (n=13) 1,7% Não respondeu (n=1)	22,2% 1-9 (n=2) 33,3% 10-19 (n=3) 44,5% 20-50 (n=4)
Reside na área em que é ACS	
100% Sim (n=59)	100% Sim (n=9)

Fonte: A autora

As informações obtidas nas entrevistas foram agrupadas a partir de ideias centrais que permeiam a intenção dos ACS ao conversarem com as pessoas com DM, sua forma de compreender a doença e enxergar essa população mediante seus dilemas, e a clareza das suas atribuições no acompanhamento das pessoas com DM enquanto profissional da APS. Desse modo, duas categorias emergiram: Conhecimento e crenças dos ACS sobre DM2; e A abordagem comunicativa dos ACS frente às pessoas com DM. A primeira surgiu da

importância de identificar e entender o que os ACS acreditam sobre o DM considerando que serão esses os conteúdos das conversas entre os profissionais e as pessoas com DM. A segunda é uma categoria pré-definida que utilizou a EM descrita por Miller e Rollnick (2013) como referencial teórico, a fim de analisar a abordagem comunicativa dos ACS frente às pessoas com DM sob o olhar desse referencial, a EM.

5.1 CONHECIMENTO E CRENÇAS DOS ACS SOBRE DM2

O conhecimento e as crenças que os ACS possuem sobre o DM, em suma, determinam o que estes profissionais comunicam para as pessoas que eles acompanham. Os ACS entrevistados afirmam ter pouco conhecimento sobre a doença e suas formas de tratamento, demonstrando insegurança em suas condutas e várias dúvidas ao discursarem sobre o assunto. Eles enfatizam que “o conhecimento que o agente de saúde tem é aquele que quase todo mundo sabe” e que gostariam de ter mais conhecimento para lidar com pessoas com DM.

Situação semelhante foi retratada por Rampelotto (2020) em um estudo sobre ações educativas realizadas pelos ACS para pessoas com hipertensão e DM que vivem no campo. Nesse estudo os ACS também relataram sentir-se inseguros para desempenhar suas funções por falta de conhecimento sobre as doenças, expressando o temor em compartilhar informações equivocadas. Para a autora, a falta de formação inicial e educação permanente nessa temática tornam o cotidiano de trabalho mais desafiador para os ACS.

De forma geral, os profissionais expressam uma visão negativa sobre a doença, entendem que o DM “maltrata muito as pessoas”, que “uma vez diabético, você vai morrer diabético” e se existir outras comorbidades associadas, como a obesidade e a hipertensão arterial, o quadro clínico pode piorar muito. Alguns ACS ao se referirem à doença tratam-na de forma leve e descontraída como “tia Bete”, enquanto outros fazem uso de termos depreciativos, como por exemplo, “esposa do diabo”.

Nas descrições acerca da sua função no acompanhamento das pessoas com DM, os entrevistados presumem que sua responsabilidade é levar informação, orientando as pessoas de acordo com os problemas de saúde e/ou as necessidades que apresentam. Os ACS reconhecem a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, o uso de medicamentos alopáticos, a visita regular à unidade de saúde e o controle glicêmico como ações fundamentais de PS e prevenção de doenças para as pessoas com DM.

A alimentação saudável é destacada como um requisito fundamental para a prevenção e controle do DM, e os ACS baseiam o sucesso do tratamento a partir dela. Por exemplo, se

uma pessoa diz que está se alimentando adequadamente, mas sua glicemia está alta, entendem que o relato não é verdadeiro, pois se realmente estivesse, ela estaria controlada, desconsiderando a multiplicidade de fatores envolvidos no controle glicêmico.

Com relação ao prato ideal, pontuam que seja o “mais colorido possível” e é preferível “mais feijão, verdura e uma carne, do que arroz, macarrão e a carne”. Quanto aos alimentos permitidos, têm-se aqueles grelhados, assados, cozidos, leite desnatado, frutas, legumes e verduras. As ações de EAN realizadas pelos ACS são em geral prescritivas – baseadas em seus conhecimentos gerais sobre o tema, reproduzindo as orientações dos outros profissionais da eSF – e não consideram o contexto sociocultural.

Eu costumo orientar assim, comer de tudo, mas comer pouco. Não sei se eu oriento certo, porque eles não ficam sem comer nada. Eles dizem: “E eu vou morrer de fome?!” Todo diabético diz isso, todos. Tem gente que começo a dizer: “Oh! Não pode comer isso não, nem pimenta, nem pimentão, nem colorau, nem sei o que, nem óleo, nem sei o que, né? Óleo de oliva pode, mas tem que ser pouco, num sei o que.” Eu fico dizendo, né? “Carne assada se for possível e tudo.” “E eu vou morrer de fome?” [pessoa pergunta]. Quando eu digo que é pra comer aquele outro queijo que não tem gordura, ele diz: “Quem vai comprar aquele queijo daquele preço?” Né? As vezes a pessoa até pode, mas prefere o que é gorduroso. Eu oriento assim, que coma tudo, mas coma pouco, pra ver se vive mais. (ACS 7)

Após o diagnóstico de DM, a alimentação é considerada um dos obstáculos mais difíceis de ser vencido, sendo uma das principais causas de controle insatisfatório. As restrições alimentares impostas podem ser associadas a sentimentos negativos como a perda do prazer em se alimentar e da liberdade para escolher os alimentos que deseja consumir, o que dificulta ainda mais as mudanças de hábitos alimentares (Cyrino, 2009; Amorim; Ramos; Gazzineli, 2018; Péres; Franco; Santos, 2006).

A abordagem dos ACS participantes neste estudo, reflete os padrões historicamente consagrados para as ações de EAN, que são pautadas majoritariamente na instrução, no repasse de informações, ao invés de problematizar e promover a reflexão das pessoas sobre sua própria alimentação. Entretanto, percebeu-se a insuficiência dessa metodologia para favorecer mudanças duradouras. Por isso, novas abordagens têm sido discutidas com a intenção de proporcionar uma relação dialógica e reflexiva sobre a mudança de hábitos alimentares (Cruz; Melo Neto, 2014; Conte; Doll, 2021; Alvarenga *et al.*, 2019).

De forma geral, as ações de EAN devem fomentar o estilo de vida saudável e o protagonismo individual e coletivo diante do enfrentamento dos DSS. A prática de EAN não deve se configurar apenas papel do nutricionista, antes tende a fortalecer-se quando em

parceria com distintos profissionais e articulada com diferentes setores da sociedade. A EAN como estratégia de PS requer uma prática que ultrapasse o âmbito prescritivo, enxergue a pessoa com suas experiências e inquietações, e leve em consideração a sua realidade, todavia, é notório que alguns desafios são encontrados (Araújo; Vasconcelos; Cruz, 2020; Cruz, 2020; Cruz *et al.*, 2020; Brasil, 2012b).

Araújo, Vasconcelos e Cruz (2020) ao analisarem os desafios dos processos educativos em alimentação e nutrição na APS, evidenciaram três eixos centrais: desenvolver a concepção de PS nas práticas de EAN; construir uma EAN sob um olhar crítico da realidade, envolvendo diferentes atores; e a oferta de educação permanente para os profissionais de saúde, que considerem a alimentação em uma perspectiva ampliada. Tendo em vista a potencialidade da APS para promover a alimentação adequada e saudável, estes achados fomentam a reflexão de possíveis caminhos para superar as dificuldades tanto na realização da EAN como na preparação dos profissionais para essa ação.

No campo da Saúde Coletiva, a NS se apresenta como um referencial importante para as ações de EAN. Cruz e Melo Neto (2014), expressam a importância da promoção de processos emancipatórios nas iniciativas de EAN com ações educativas dialógicas, que respeitem a autonomia e o contexto social das pessoas, amparadas nos referenciais da NS e da educação popular. Os autores também consideram a interlocução da Educação Popular com a NS como fundamental para a efetivação de práticas transformadoras de EAN.

Em consonância, na área da nutrição, uma abordagem que contempla o “como” fazer e considera a cultura, o sentimento, o sabor e o prazer em comer como essenciais em uma alimentação saudável, é a NC. Para a NC, a razão e a maneira que se come expressam tanta importância quanto o alimento que se ingere (Alvarenga *et al.*, 2019). No contexto do DM, a NC propõe estratégias que apoiam a pessoa no seu cuidado em saúde, buscando desconstruir crenças e mitos alimentares – a exemplo dos alimentos permitidos e proibidos – e alcançar as necessidades nutricionais por meio de uma maior flexibilidade alimentar. Assim, a NC também pode ser utilizada como um dos referenciais para o aconselhamento nutricional no DM (Costa; Medeiros; Alvarenga, 2019).

Uma crença central e que representa um dos maiores desafios para os ACS é o fato de que quem tem pouco poder aquisitivo não consegue ter uma alimentação saudável. Esse pensamento emerge de sua prática no território ao identificar que as orientações alimentares não são seguidas devido às dificuldades financeiras. Dessa forma, concluem que a alimentação proposta não condiz com a realidade socioeconômica da sua comunidade, impossibilitando assim, a mudança nos padrões alimentares das pessoas com DM.

Eu acho que tentam, né? Tentam fazer [se referindo às pessoas colocarem em prática as orientações alimentares], mas a condição financeira não deixa. Porque realmente hoje pra você fazer uma listinha que a nutricionista passe pra você, uma pessoa da roça, infelizmente, não tem condição de comprar alface, tomate, acelga, repolho e mais verduras e frutas. (ACS 4)

Em alinhamento com a percepção dos ACS, um estudo de revisão constatou que há uma associação da IA com a prevalência e o mau controle do DM. Além disso, as pessoas em IA enfrentam uma escassez episódica de alimentos, ingerem menos frutas e vegetais, e tendem a consumir alimentos baratos e altamente palatáveis, o que impacta negativamente no controle glicêmico (Laraia, 2013).

Cenário alimentar semelhante foi retratado na última pesquisa sobre o consumo de alimentos no Brasil. Nela, o consumo tradicional de arroz e feijão reduziu, bem como, frutas, verduras e legumes. Em contrapartida, o consumo diário de açúcar de adição, sanduíche e alimentos ultraprocessados aumentou (IBGE, 2020). Isso pode ser explicado também pelo alto preço dos alimentos básicos (Guerra; Silva, 2022). Ademais, Souza *et al.* (2021) observaram que a pobreza e as desigualdades são diretamente proporcionais à piora das condições de vida, incluindo a alimentação, principalmente, quando relacionadas à ocupação e renda em um contexto de crise, como observado durante a pandemia da COVID-19.

Segundo os ACS, a atividade física representa um forte pilar para o tratamento do DM pois melhora o quadro clínico, diminui a glicemia, e previne o surgimento de outros problemas de saúde, como os vasculares e o colesterol alto. Dessa forma, orientam as pessoas a conciliar a necessidade de se exercitar com as suas possibilidades, fazendo uso de orientações tais quais: “quando puderem façam uma caminhada”, “ande em casa mesmo, diariamente”, “faça uma caminhada de 10 minutos, até o final da rua e volte”, “faça uma hora de caminhada todos os dias, com vários exercícios”. A atividade física é tão valorizada que mesmo para aqueles que não podem caminhar, os ACS orientam a ficar “em casa sentado movimentando as pernas, levantando os braços”.

Pra quem tem diabetes, tem que caminhar pra aumentar a circulação, né? Tem que fazer exercício sempre [...] Por que? Porque todo movimento que o diabético faz melhora a situação na circulação e quanto mais o sangue circular é... evita as doenças que são acometidas pelo diabetes [se referindo às complicações que podem acometer as pessoas com DM]. (ACS 3)

A medicação revela-se como outro importante pilar no tratamento da pessoa com DM, conforme apontam os ACS, ressaltando sua comprovação científica e eficácia. Eles destacam

que ela isoladamente não diminuirá a glicemia, como algumas das pessoas com DM acreditam, mas somada à atividade física e à alimentação adequada levará a ótimos resultados. Em contrapartida, citam os efeitos colaterais das medicações e expressam a crença de que ela “cura de um lado e arrebenta pelo outro”, se referindo aos benefícios e reações adversas dos fármacos. Com relação aos medicamentos populares, a utilização de chás caseiros para o controle do DM não é consenso entre os ACS. Alguns afirmam que plantas naturais podem ser usadas para tratar doenças, pois “fazem bem e não têm contraindicação, desde que tomem na medida certa”. Outros não concordam com as pessoas que abandonaram o tratamento alopático por acreditar que o uso de chá reduz a glicemia.

O uso de medicamentos antidiabéticos faz parte da terapêutica para o DM2 e segue um protocolo para seu manejo na prática clínica. Alguns são disponibilizados no SUS como forma de facilitar o acesso e conseqüentemente, favorecer o tratamento da pessoa com DM (Brasil, 2020c).

As plantas medicinais são utilizadas como práticas de cuidado em muitos povos e culturas tradicionais, sendo uma alternativa promissora, não convencional, de cura, tratamento e prevenção. Buscar na natureza os recursos para o tratamento é um costume perpetuado de geração em geração, composto por diversos saberes populares. Além disso, muitas vezes o uso de plantas medicinais pode ser a única possibilidade de cuidado para uma população com difícil acesso aos serviços públicos de saúde (Castro; Figueiredo, 2019; Perdigão; Santos, 2023; Nespoli *et al.*, 2021).

Várias das plantas medicinais têm propriedades terapêuticas comprovadas cientificamente, inclusive para o DM, e a ciência constantemente avalia a segurança e eficácia do uso dessas espécies (Negri, 2005). Em alinhamento com o relato dos ACS, um estudo realizado em uma UBS do Ceará com adultos que possuíam DM e/ou HAS, evidenciou a crença deles quanto aos benefícios das plantas medicinais, ao passo que constatou equívocos na sua utilização e a concepção de que o uso delas não suscitariam danos à saúde. Os autores reforçam então, a importância do acompanhamento profissional (principalmente se houver no tratamento uma associação com algum fármaco) e da disseminação do conhecimento científico sobre os benefícios e malefícios das plantas medicinais, a fim de propiciar sua adequada utilização e evitar interações medicamentosas e toxicidades (Rodrigues; Sobreira, 2020). Assim, uma relação dialógica entre profissionais e pessoas da comunidade é necessária, visto que, os saberes científico e popular podem coexistir (Perdigão; Santos, 2023).

Sobre a pessoa com DM, eles afirmam que “a maioria são gordas e gostam de comer”. Fatores emocionais são associados às dificuldades de controle da doença, afinal, “você nem pode ficar triste e nem pode ficar feliz que altera” a glicemia. Concluem, então, que o DM tem tratamento, controle e acompanhamento, “você pode viver no dia a dia normalmente”, contanto que tenha “atenção todos os dias”.

As orientações do MS para a abordagem da pessoa com DM focam nas competências e habilidades do indivíduo, ou seja, naquilo que ele pode fazer para melhorar o seu estado de saúde. Outro aspecto importante a ser incluído nessa abordagem é o contexto de vida da pessoa com DM. Perspectiva esta, apoiada no referencial dos DSS que correlaciona a situação de saúde das pessoas com suas condições de vida e trabalho, pois compreende que a posição social que cada ser humano ocupa pode aumentar ou diminuir o risco de contrair determinada doença ou problema de saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Sendo assim, orientar que uma pessoa tenha uma alimentação saudável e pratique exercício físico não é suficiente, principalmente quando o ambiente em que ela está inserida não propicia acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer. Por isso, ao pensar em mudanças individuais é fundamental observar os determinantes estruturais que permeiam a saúde do indivíduo na sociedade. Além disso, o estilo de vida e o comportamento representam o limiar entre os fatores individuais e os DSS, visto que, as opções das pessoas sofrem forte influência das normas culturais, propagandas, dentre outros determinantes sociais. Dessa forma, intervir através de políticas públicas é fundamental para superar as desigualdades e iniquidades referentes à saúde e ao acesso aos alimentos (Brasil, 2021a; Buss; Pellegrini Filho, 2007; Silva; Bicudo, 2022; Guerra; Silva, 2022).

As condições e razões dos comportamentos dos indivíduos ficam aquém do olhar da maioria dos profissionais de saúde. Nisso, a solução para os problemas se dá através de diretivas e normativas, ou seja, se a pessoa possui determinada doença, seguir a prescrição resolverá. Como consequência, emerge a possibilidade de culpabilização pelo seu próprio sofrimento. Assim, questões de caráter social, como a insegurança alimentar, o desemprego e as epidemias, por exemplo, se tornam meramente individuais. Todavia, as necessidades de saúde das pessoas contemplam tanto o aspecto individual como coletivo, por isso, as práticas de saúde necessitam ser organizadas visando essas dimensões (Stotz, 1993).

Considerando a perspectiva da promoção da SAN e do DHAA, especialmente para famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional, iniciativas como hortas comunitárias buscam atender a alguns dos desafios enumerados no II Plano Nacional de SAN, como promover o acesso universal à alimentação adequada e saudável. Na experiência

descrita por Rodrigues *et al.* (2023), a construção de uma horta comunitária junto com a comunidade teve resultados muito positivos como: produção de alimentos orgânicos; estratégia viável e potente para o enfrentamento de situações emergenciais de fome e carências nutricionais; sustentabilidade; mobilização social comunitária.

Em se tratando das fontes de conhecimento dos ACS, eles contam que, de forma geral, as formações sobre DM oferecidas pela SMS ou pelo Estado são escassas, de curta duração e não abordam habilidades de comunicação. A eSF foi citada, na figura do médico e da enfermeira, como uma fonte importante e confiável de conhecimento. Por meio das orientações, palestras e o contato direto com esses profissionais, seja para sanar dúvidas ou debater casos, o aprendizado é construído e consequentemente repassado. Além do mais, livros, sites de busca na internet como o Google e programas de televisão também foram mencionados. Os ACS também reconhecem a convivência familiar ou profissional com as pessoas com DM como uma importante fonte de informações sobre a doença.

Eu consigo muita informação, aprendo muito com os meus próprios usuários, os próprios pacientes de diabetes, entendeu? Eles mesmos, tem muitos que não têm, não são esclarecidos, assim, não sabem ler, mas a experiência do dia a dia mesmo, eles conseguem me trazer informações que eu acho muito riquíssimas, assim! E às vezes a orientação que, assim, uma pessoa me diz uma experiência aqui, já me serve de uma orientação pra o próximo, mesmo sabendo que cada caso é um caso. (ACS 5)

A partir do conhecimento da minha mãe, do diabetes dela, né? [...] Nessa doença dela pra cá, a gente vem se aprofundando cada vez mais, que vai convivendo, né? Com a doença, né isso? A gente não se acostuma, né? Vai convivendo com ela. (ACS 9)

Por fim, ressaltam como limitações para ampliar seu conhecimento, a falta de oferta de cursos de formação sobre a temática e o pouco tempo para conciliar as demandas da profissão (VD, campanhas de vacinação, busca ativa etc.) com uma rotina de estudos.

Uma das dificuldades é o agente de saúde, como eu, [que] não tenho um treinamento, né? para lidar com essa situação. Então, eu acho que deveria ter um treinamento voltado, né? para essa parte do hipertenso e do diabético. (ACS 2)

Nenhum profissional conhece a realidade como o agente de saúde. Então, se nós formos capacitados, melhor assim pra você trabalhar. Com certeza é com mais eficiência, né? O resultado sai, tem qualidade, eu penso. [...] Mesmo sabendo [que] a gente não pode intervir em medicamento, mas tem detalhes, tem coisa que você pode orientar. Eu não posso dizer qualquer coisa, então, eu tenho que conhecer a fundo, pra que eu saiba dizer

realmente aquilo pra o paciente, pra que ele tenha credibilidade no que eu esteja dizendo, né? Então assim, pra ele ter uma credibilidade no que eu digo, eu tenho que conhecer mais a fundo. (ACS 5)

O estudo de Mendonça *et al.* (2022) identificou que metade dos ACS entrevistados não havia realizado capacitação inicial para atuar na área. Isso pode repercutir em comprometimento do desempenho profissional e em sobrecarga de atividades, visto que, por não terem conhecimento de suas atribuições, podem realizá-las de forma diferente do que é estabelecido na legislação e no meio científico.

Evidências também revelam que receber treinamento é o primeiro passo para qualificar a conduta profissional, porém, não é o que determina. É necessário ir além e progressivamente, ou seja, treinar, implementar, avaliar e disseminar o conhecimento adquirido. Um estudo com profissionais de saúde que receberam intervenção educativa sobre o GAPB demonstrou que mesmo eles possuindo vasto conhecimento e uma boa capacidade para disseminar as recomendações do GAPB, isso não foi determinante nas suas práticas. Por isso, conhecer o GAPB não significou incorporá-lo à prática profissional, assim como, qualquer outro aprendizado, mas é requisito inicial para essa incorporação (Tramontt *et al.*, 2023).

O processo formativo dos ACS vem sendo amplamente discutido na literatura científica. Estudos evidenciam que tanto a formação inicial quanto a EPS dos ACS são insuficientes para garantir a atuação adequada desses profissionais. As ofertas formativas são frequentemente fragmentadas, de curta duração ou até ausentes, revelando uma possível incongruência entre a formação recebida pelos ACS e suas atribuições (Samudio *et al.*, 2017; Alonso; Béguin; Duarte, 2018; Mélló; Santos; Albuquerque, 2022; Mélló *et al.*, 2021). Esses achados revelam a necessidade de investimentos em propostas de EPS que se voltem para apoiar os ACS nas dificuldades enfrentadas no seu cotidiano de trabalho.

Carneiro *et al.* (2010), relatam a experiência de uma ação educativa para ACS sobre a promoção da SAN, orientada pelos referenciais da educação popular. Segundo os autores, a ação foi essencial para estimular o compromisso e favorecer a análise crítica da realidade comunitária e de trabalho. Os autores também apontam a urgência em investir em encontros sistemáticos de reflexão coletiva entre a eSF e os ACS, visando qualificar as ações de SAN em parceria com atores populares.

No contexto do DM, a oferta de EPS com foco na humanização, na educação popular e em técnicas de comunicação motivacionais como a EM, pode se tornar um recurso para ampliar a qualidade dos serviços de saúde e da assistência, ao estimular a mudança na prática

profissional, oportunizar espaços de troca entre os atores envolvidos, possibilitar maior segurança para os profissionais em suas condutas e por conseguinte, maior confiança dos pacientes (Ferreira *et al.*, 2019; Silva; Matos; França, 2017; Cruz; Melo Neto, 2014).

5.2 A ABORDAGEM COMUNICATIVA DOS ACS FRENTE ÀS PESSOAS COM DM

Esta é uma categoria pré-definida que utilizou a EM descrita por Miller e Rollnick (2013) como referencial teórico para analisar a atuação dos ACS frente às pessoas com DM, apesar deles não possuírem formação nesta técnica. A EM é um estilo de comunicação em que a interação entre as pessoas deve considerar quatro elementos: parceria, aceitação, evocação e compaixão. Estes elementos configuram a postura do profissional ao orientar as pessoas com DM, seja para abordar a alimentação saudável, a prática de atividade física, o autocuidado, dentre outros.

Segundo Teixeira (2003), a comunicação está no centro da produção do cuidado em saúde e o acolhimento às pessoas que buscam cuidado pode ser entendido como uma rede de conversações que conecta os diferentes espaços e saberes. Admitir que a “conversa” é a própria essência do trabalho em saúde, permite reconhecer seu papel fundamental na construção compartilhada do cuidado, de um modo mais ou menos simétrico. O não reconhecimento da importância de tecnologias leves na produção do cuidado em saúde, repercute na marginalização dessas habilidades e consequentemente, na não valorização desta temática na formação dos profissionais de saúde.

Diversas técnicas são desenvolvidas visando aprimorar as conversas entre os profissionais e as pessoas que buscam os serviços de saúde. Nesse contexto, a EM se apresenta como uma opção para qualificar conversas com a intencionalidade de promover o autocuidado, apresentando-se como uma abordagem que tem significativa expressão nacional e internacional, apesar das limitações dos estudos (Melnick *et al.*, 2021; Kao *et al.*, 2023; Chahal *et al.*, 2017; Rubak *et al.*, 2005; Nascimento; Heisler; Nery, 2021; Resnicow *et al.*, 2015; Andretta *et al.*, 2014; Meyer *et al.*, 2018).

A EM parte do pressuposto de que a interação entre os falantes deve se estabelecer de forma colaborativa, com foco no possível para a pessoa e não no idealizado. Nisso, foge-se de uma conduta prescritiva e realiza-se uma busca conjunta por alternativas viáveis e condizentes com o contexto e a história de vida da pessoa (Rollnick; Miller; Butler, 2009; Figlie; Guimarães, 2014). Essas interações, portanto, devem ser pautadas na parceria, na empatia e respeito à singularidade, crenças e valores do outro, na evocação de forças de motivação

intrínseca e na compaixão manifesta pelo interesse genuíno no bem-estar da pessoa que busca cuidado, descritos detalhadamente no Quadro 1, já apresentado no tópico Metodologia (Rollnick; Miller; Butler, 2009).

Nas descrições acerca da sua função, os entrevistados relataram aspectos semelhantes, direcionando sua atuação para as VD e a atualização cadastral das famílias sempre em parceria com a eSF. De forma geral, presumem que sua responsabilidade é compartilhar informação, orientando as pessoas de acordo com os problemas de saúde e/ou as necessidades que apresentam. Nesse sentido, em suas falas, os ACS buscam ser parceiros e utilizam este conceito quando conversam com as pessoas com DM, incentivando-as, por exemplo, a práticas saudáveis como atividades físicas ou alimentação adequada. Elementos como a empatia e o respeito às singularidades também emergem durante as orientações.

A maioria são idosos, debilitados, entre aspas, que diz assim: “Eu não posso andar, pois eu não enxergo bem, vou cair da calçada. Não tem quem me leve, então, eu ando dentro de casa.” Eu disse: “Beleza! Pois vá daqui até lá no fim do muro e volte! Pronto, tá ótimo, todo dia!” (ACS 1)

Como eu vejo muito essa questão dos 2 lados, né? [se referindo à questão financeira e às trocas alimentares] Eu digo: “Bom, pois então, vamos fazer o seguinte: se você não pode comprar o arroz integral nem o macarrão integral,” – que é o que eu costumo mais ouvir – “então, vamos fazer assim, se for comer o arroz, não vamos comer o arroz e macarrão não, vamos comer só arroz, vamos diminuir a quantidade.” (ACS 5)

A motivação intrínseca também é evocada pelos ACS na tentativa de aumentar o engajamento das pessoas com DM no seu autocuidado. Os profissionais lançam mão desse recurso ao explicar os benefícios de se adaptar às mudanças de hábitos propostas, focando na saúde e no bem-estar que o outro sente ou poderá sentir, seja a curto ou a longo prazo, ao incorporar novos conceitos em sua rotina. Nesse cenário, aspectos positivos das sensações corporais são evocados e conseqüentemente, vislumbrados pelas pessoas com DM.

Ela recebe [se referindo à pessoa que recebe bem as orientações compartilhadas pelo ACS] porque sabe muito bem que é pra o bem viver dela, pra o bem-estar dela e do dia a dia dela, né? Porque todo diabético que faz caminhada se sente bem, depois que chega em casa toma banho, se alimenta, aí pronto, tudo bem, né? Elas reagem [bem] porque a maneira que você orienta, você orienta já dizendo o que é preciso ser feito e o que vai servir pra elas em benefício próprio, entendeu? (ACS 3)

Outro recurso proposto pela EM é a abordagem compassiva, que visa promover o bem-estar do outro com foco em suas necessidades. É uma aproximação genuína com intuito

de ajudar, porém, sem fazer pela pessoa e sim, estar junto dela. Além disso, remete à capacidade do profissional de compreender a realidade alheia e, por conseguinte, identificar o que dificulta ao outro o seu engajamento no autocuidado (Rollnick; Miller; Butler, 2009; Figlie; Guimarães, 2014).

De forma geral, os ACS são bem empáticos e compassivos, se preocupam com a saúde e o bem-estar das pessoas com DM, buscam compreender sua realidade – situação econômica, capacidade cognitiva, idade, moradia – e ajudá-las a partir disso. Esses elementos podem ser observados quando eles compartilham experiências de vida ou de familiares, nos momentos em que as pessoas apresentam dificuldades para seguir as orientações recebidas dos profissionais de saúde. Eles contam como vivenciaram situações semelhantes e como solucionaram ou enfrentaram os desafios, isso é perceptível principalmente naqueles que possuem algum familiar próximo com DM, a exemplo da mãe.

Eu gosto também de passar esse exemplo pra eles e principalmente pra os filhos: quando [minha] mãe descobriu, que a gente descobriu que ela era diabética, eu parei de comprar coisa doce, tipo doce, rapadura, essas coisas. Eu parei, porque eu vi que era difícil ela ver, porque era uma coisa que ela gostava, ela ver lá dentro de casa e não comer. Então, é assim, um exemplo, né? Porque é uma das coisas que mais... que tem outros que prejudicam, mas que mais prejudica é o açúcar, né? Até pra nós mesmos, mas principalmente pra o diabético. Aí eu sempre oriento os filhos que moram com alguns dos idosos pra eles tentarem não comprar coisa doce, pra não ficar à vista deles. (ACS 2)

Ao construir parcerias e estimular a autonomia, o cuidado em saúde na APS pode adquirir significado mais profundo, ampliando as potencialidades do viver (Cruz *et al.*, 2018). Todavia, segundo Merhy *et al.* (2019), é possível também que a APS seja o local mais cruel para aprisionar as existências, resultando em vidas tristes e medicalizadas. Logo, a organização dos processos de trabalho e a forma como são conduzidos os encontros entre o profissional de saúde e a pessoa assistida, implicam em maior ou menor grau na construção de sentidos comuns.

Nesse estudo, relatos encorajadores, com reforçamento positivo em prol do cuidado em saúde e que deem suporte à autonomia do outro foram escassos. Os ACS demonstram uma certa insatisfação diante da decisão do outro acerca da própria doença ou seu modo de agir diante das mudanças propostas, aceitando-as ou não. Nesse sentido, surgem discursos ríspidos e com culpabilização, ou seja, se a orientação foi repassada e a pessoa não aderiu, é provável que ela se torne culpada por seu adoecimento. Por mais que haja veracidade nesse raciocínio, a escolha do outro não deveria ser um motivo para atribuir-lhe culpa. Na perspectiva da EM, o

respeito à singularidade do outro, acreditando em sua capacidade de produzir cuidado e de decidir sobre a própria vida é basilar.

[pessoa com] 62 anos hoje, já hipertenso, desenvolveu a diabetes agora pelo fato do comodismo, de tá sedentário em casa sem fazer movimento, a boca num pára e eu sempre questionando com ele, pra ele fazer uma atividade, uma coisa e ele levando na brincadeira. (ACS 4)

Insistir, bater na mesma tecla direto, né? Tentar, fazer o bem pra eles, conversar e orientar bastante pra poder ver se eles conseguem sair daquelas teimosias... Tem uns teimosos que só, né? Ai a gente sempre tenta fazer o melhor pra cada um. (ACS 9)

Merhy e Feuerwerker (2016) apontam que na dimensão do cuidado, o corpo biológico tornou-se predominante sobre os outros aspectos e saberes. Como produto, percebe-se uma ação focada em procedimentos e pouco atenta às tecnologias leves. Diante do modelo verticalizado de comunicação presente na maioria dos serviços de saúde, o outro passa a exercer sua autonomia através da escolha entre seguir ou não, ou adaptar a sua realidade àquilo que lhe foi prescrito. Os autores ponderam ainda que é uma ilusão pensar que o conhecimento técnico sobre uma patologia automaticamente determina as ações de uma pessoa.

Em alinhamento com essa perspectiva, a EM defende que a interação profissional-pessoa seja colaborativa e pressupõe que cada um deva ser partícipe de seu processo de mudança. Ao profissional compete dar suporte a esse processo evocando os pensamentos, ideias, valores e prioridades da pessoa na construção do seu próprio cuidado, ativando a sua motivação intrínseca. Esta motivação é essencial para sustentar o processo de mudança, pois representa a força que impulsiona um indivíduo (Rollnick; Miller; Butler, 2009). No entanto, apesar de sua relevância, a evocação da motivação intrínseca e o respeito à autonomia foram abordagens pouco utilizadas pelos ACS em sua comunicação com as pessoas com DM, prevalecendo o uso da persuasão.

Desse modo, diante de relatos de dificuldades financeiras ou discordância com os cuidados prescritos, emergem discursos que visam atemorizar o outro, sem escutar suas próprias possibilidades e pontos de vista. Além disso, não acatar as orientações é visto como “teimosia” e “se acomodar” e a insistência predomina como uma forma de retirá-los desse lugar. Nessa perspectiva, o desconhecimento dos ACS da possibilidade de utilizar outras abordagens, coloca a persuasão como única forma de melhorar o engajamento das pessoas na produção do seu autocuidado.

Eu ameacei todos dizendo que eles iam perder benefício, ia perder Bolsa Família se num viesse fazer o acompanhamento aqui, de criança, de vacina, diabético. Quem fosse diabético e fosse aposentado podia perder, porque no SUS tá acusando que ele tá tudo atrasado, as consultas deles. (ACS 7)

Outra estratégia persuasiva é colocar o foco nas consequências negativas da doença e da falta de tratamento. Segundo os ACS, há resultados com essa estratégia, às vezes até radicais, porém, o período de duração é curto, pois com dois a três meses a pessoa “dá uma relaxada” e volta a praticar os comportamentos anteriores, retornando para os novos hábitos apenas quando vivencia a experiência do agravamento da doença. Essa forma de se comunicar emerge como uma alternativa diante das tentativas frustradas de serem escutados e visualizarem na prática mudanças efetivas no comportamento das pessoas visitadas.

Quando eu vejo uma pessoa começando a acumular gordura na barriga, digo: “Ei! Tá começando a ganhar peso, cuidado!” A pessoa fica por ali... “Com o que?” [pergunta a pessoa] Digo: “Gordura, as 'juntas' começam a emperrar [se referindo às articulações], daqui uns dias pressão alta, que Deus te livre, uma diabetes! Deus te livre das duas, mas quem vai se livrar primeiro é você! Corrija a boca!” [ACS responde a pessoa] (ACS 4)

Cardoso e Nascimento (2010) encontraram resultados semelhantes ao investigar a comunicação na ESF, tendo o ACS como elo integrador entre equipe e comunidade. Segundo as autoras, a hierarquização dos serviços de saúde, pautada no saber técnico-científico, influencia negativamente as conversas do ACS com a comunidade. Estes tendem a reproduzir as condutas definidas nas unidades de saúde sem considerar suas percepções do contexto local ou as demandas das famílias no território. Assim, a conversa se configura verticalizada e autoritária, expressando relações tradicionais de poder. A mudança desse paradigma comunicacional requer um modelo de comunicação mais horizontalizado e democrático, capaz de sustentar práticas coerentes com o conceito ampliado de saúde e a produção compartilhada de cuidados.

Além disso, evidências apontam que estímulos ameaçadores não melhoram o engajamento para o autocuidado, mas tendem a despertar emoções como medo e culpa ao enfatizarem as consequências negativas de determinadas decisões. Logo, as pessoas almejam fugir dessa tensão e ao enxergar a ameaça contida na informação recebida, tendem a adotar o comportamento sugerido. Em contrapartida, uma outra reação desencadeada por essa estratégia é adentrar no estado defensivo, que questiona a argumentação do profissional e torna a pessoa com DM menos favorável à mudança (Torres, 2015).

Outro aspecto relevante, é que ao fazer orientações às pessoas com DM, os profissionais tendem a desconsiderar os aspectos socioculturais e afetivos da alimentação. Festas de qualquer natureza são desaconselhadas por causa das comidas, assim como, os doces caseiros que fazem parte da cultura regional e dos laços familiares, desvalorizando então, a socialização e o componente emocional que também implicam no controle glicêmico.

O que faz muito mal ao diabético é a alimentação. Ai, [rsrs] é o que mata! Geralmente eu digo, [para] pessoas que tomam muita cerveja, eu peço pra não tomar, né? E comer pouca carne. Às vezes, eu peço até para não ir em festa, porque na festa não tem jeito pra não comer. (ACS 7)

Os hábitos antigos não desaparecem automaticamente com a introdução de novos. Modificar um comportamento não é uma tarefa simples, linear e rápida, principalmente quando se trata do estilo de vida. Tornar um hábito duradouro requer da pessoa uma forte assimilação e comprovação própria do quanto ela pode se beneficiar com a mudança (Duhigg, 2012).

Estudos evidenciaram que usar a EM não garante o comprometimento da pessoa com seu autocuidado ou com a mudança de comportamento, mas os favorece (Rollnick; Miller; Butler, 2009; Serebrenic; Lima, 2019). Christie e Channon (2014) conduziram uma revisão de literatura sobre o uso da EM em adultos com DM, que evidenciou melhora nos níveis glicêmicos na maioria dos estudos analisados. Além disso, percebeu-se que o potencial de eficácia da EM aumenta quando os aspectos individuais das pessoas são considerados. Isso inclui suas necessidades, valores, saberes e prontidão para mudança. Corroborando esses achados, Prado *et al.* (2023), afirmam que a comunicação entre a equipe multiprofissional e as pessoas que buscam cuidado produzirá melhores resultados, se estas participarem ativamente na identificação de suas necessidades de saúde e na elaboração do seu plano terapêutico.

A EM é uma abordagem que pode ser utilizada para auxiliar os profissionais a estabelecerem conversas que motivem as pessoas a serem protagonistas de seu autocuidado. Meyer *et al.* (2018) demonstraram que a participação em uma formação em EM teve impacto positivo na rotina de trabalho e na vida pessoal de um grupo de ACS brasileiros, agregando esses conhecimentos à sua forma de escutar e agir frente às complexidades das situações de vida das pessoas. Além disso, os ACS consideram a formação e uso da EM como essenciais para todos os profissionais da APS.

Quando questionados diretamente sobre a habilidade de comunicação de profissionais de saúde, os ACS afirmam que se comunicar bem é algo inato, é um dom. Todavia, até

aqueles que se dizem ter o dom, relatam que a vivência como ACS no território, interagindo com a comunidade, contribuiu sobremaneira no aprimoramento de suas habilidades de comunicação. A partir das falas dos ACS, pode-se inferir que as abordagens comunicativas observadas neste estudo são utilizadas de forma intuitiva, sem uma consciência ou intencionalidade do profissional na sua aplicação. O Quadro 3 apresenta uma síntese das principais posturas e abordagens comunicativas utilizadas pelos ACS frente às pessoas com DM.

Quadro 3 – Síntese das principais posturas e abordagens comunicativas utilizadas pelos ACS frente às pessoas com DM, a partir do referencial da EM

POSTURAS E ABORDAGENS COMUNICATIVAS UTILIZADAS PELOS ACS	
CONVERGENTE À EM	DIVERGENTE À EM
Parceria	Discursos ríspidos
Empatia	Atemorização
Respeito às singularidades	Insatisfação diante da decisão do outro acerca de sua própria saúde
Evocação da motivação intrínseca	Persuasão
Compaixão	Culpabilização
	Foco nas consequências negativas da doença e da falta de tratamento
	Desconsideração dos aspectos socioculturais e afetivos da alimentação

Fonte: A autora

Evidências apontam que a comunicação é uma habilidade que pode ser ensinada e aprendida, e portanto, requer estudo e treino (Ranjan; Kumari; Chakrawarty, 2015; Machado; Haddad; Zoboli, 2010). É possível que algumas pessoas sejam mais propensas a se comunicar bem e outras não, o que não exclui a possibilidade de aperfeiçoamento de ambas. À vista disso, desenvolver uma comunicação efetiva fortalece o vínculo entre o profissional e a pessoa, contribuindo então para o seu engajamento no autocuidado (Ranjan; Kumari; Chakrawarty, 2015; Mandia; Teixeira, 2023; Machado; Haddad; Zoboli, 2010; Oliveira; Suto; Silva, 2016; Rocha; Setubal, 2022; Merhy; Franco, 2003).

Uma revisão de literatura buscando apreender as relações entre as ações educativas e a comunicação na lógica do SUS, verificou que há uma lacuna sobre a temática no processo de formação dos profissionais no Brasil, o que pode explicar as dificuldades destes em

estabelecer uma comunicação dialógica com os usuários dos serviços de saúde. Também identificaram que as práticas educativas tradicionais enfatizam a transmissão de informações como modelo comunicacional, que visa impor comportamentos ao outro definidos a partir de uma lógica técnico-científica. Esse modelo de interação vincula-se a um modelo de atenção à saúde focado na doença e na fragmentação das ações, resultando na adoção de uma postura autoritária e coercitiva (Coriolano-Marinus *et al.*, 2014).

A EM, por sua vez, mostra-se como uma abordagem efetiva e simples, capaz de aprimorar a atuação profissional – inclusive a comunicação – com resultados que favorecem a saúde das pessoas, principalmente aquelas com comorbidades crônicas (Steffen *et al.*, 2022).

É importante ressaltar que os desfechos em saúde são multifatoriais. Diante de desfechos negativos, deve-se questionar o tratamento proposto para o DM, a estrutura e as tecnologias disponibilizadas para este cuidado, visto que, muitas vezes, as dificuldades do ACS podem não estar em orientar a pessoa, mas relacionadas a um tratamento insuficiente ou errôneo, às dificuldades implicadas nas mudanças de comportamento e na escassez de recursos na RAS para lidar com este problema de saúde em um dado momento. Um estudo apontou que a educação em saúde e a abordagem multiprofissional podem ser incapazes de melhorar o engajamento para o autocuidado das pessoas com DM, enfatizando que os aspectos psicológicos e sociais são imprescindíveis para enfrentar a doença, e por isso devem ser sempre considerados (Almeida; Almeida, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação entre profissionais e as pessoas que buscam cuidados é essencial para a produção de práticas mais humanizadas nos serviços de saúde. Em uma conversa mais ou menos horizontalizada, cabe ao profissional criar um ambiente propício à participação ativa dos indivíduos, estabelecendo uma comunicação terapêutica e dialógica.

A abordagem comunicativa utilizada pelos ACS na interação com pessoas com DM, sob a ótica da EM, revelou-se positiva em aspectos como a empatia, compaixão, parceria e o respeito às singularidades em alguns contextos, sendo estes aplicados de forma intuitiva; e negativa no concernente ao uso da persuasão, do medo, à ausência de discursos encorajadores e à postura vertical das suas orientações para este público.

Se o referencial analisado fosse a legislação das atribuições do ACS, sua conduta poderia ser considerada adequada e condizente, uma vez que esta enfatiza ações de vigilância em saúde – mesmo no tocante à PS – e não especifica o modelo comunicacional em que o ACS deve desenvolver o seu trabalho. Entretanto, apesar desta lacuna e das dificuldades existentes nos serviços de saúde de forma geral, os ACS demonstram ser receptivos ao aprendizado e almejam sempre promover o bem-estar do outro, de acordo com suas possibilidades e saberes.

Segundo os ACS, a alimentação saudável, a atividade física e a medicação são pilares essenciais no cuidado à pessoa com DM e isso sempre repercute nas suas orientações a este público. Todavia, é perceptível também nestes discursos, que o conhecimento que possuem acerca do tema propicia insegurança e controvérsias em suas condutas. Conhecimento este, que eles adquirem através de diversas fontes, inclusive aquelas sem rigor científico.

Os ACS acreditam que o DM impacta negativamente a vida das pessoas e que estas não dão a devida importância ao seu autocuidado, principalmente no que diz respeito à alimentação. Apesar disso, compreendem o quanto os aspectos socioeconômicos influenciam nas escolhas alimentares da sua comunidade. Ainda consideram que, um treinamento voltado à temática do DM os beneficiariam sobremaneira a lidar com os desafios enfrentados no cotidiano do território, além de oportunizar um cuidado mais qualificado para as pessoas da sua área adstrita.

Os achados desta pesquisa sugerem que uma formação em EM pode aprimorar a abordagem e o cuidado em saúde dos ACS no tocante às pessoas com DM. Além disso, propostas de EPS devem acontecer em horário protegido, incluir dados da realidade local, enfatizar aspectos teórico-práticos que tenham significado no cotidiano de trabalho e utilizar

metodologias ativas e participativas que favoreçam a aprendizagem significativa e uma comunicação dialógica entre os diferentes atores. Por isso, observando a relevância e oportunidade, uma proposta de EPS para os ACS visando qualificar a comunicação e as orientações alimentares no contexto da pessoa com DM, com foco no engajamento para o autocuidado é apresentada como produto desta dissertação no APÊNDICE E.

Como outras possibilidades para superar as dificuldades identificadas neste estudo, destaca-se: grupos de educação popular em saúde, treinamentos práticos e presenciais sobre a EM para os profissionais de saúde, espaços regulares de supervisão e compartilhamento de saberes entre a própria eSF, materiais educativos e de apoio sobre a temática, a integração da EM nos protocolos e diretrizes clínicas e o suporte dos conselhos locais de saúde.

REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 37, p. 81-90, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/dc14-S081>>. Acesso em: 06 ago. 2023.

AKERMAN, M.; ROCHA, D. G. Produção do cuidado: há espaços para a promoção da saúde? In: SÁ, M. C.; TAVARES, M. F. L.; SETA, M. H. (org.). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 69-86.

ALBUQUERQUE, C.; OLIVEIRA, C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium: Journal of International Studies**, [S.l.], n. 25, p. 1-15, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/635>>. Acesso em: 08 jan. 2024.

ALMEIDA, J. S.; ALMEIDA, J. M. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 20, n. 1, p. 13-17, 2018. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/31638>>. Acesso em: 30 jan. 2024.

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2019.

AMBROSI, C.; GRISOTTI, M. O Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB): uma análise à luz da teoria social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4243-4251, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.06552022>>. Acesso em: 26 out. 2023.

AMORIM, M. M. A.; RAMOS, N.; GAZZINELLI, M. F. Representações sociais das pessoas com diabetes mellitus: implicações no controle glicêmico. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 293-309, 2018. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/7606>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

ANDRETTA, I. *et al.* A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 22, n. 2, p. 15-21, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-783455>>. Acesso em: 02 out. 2023.

ARAÚJO, R. S.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; CRUZ, P. J. S. C. Desafios dos processos educativos em nutrição na atenção primária à saúde. **Cadernos CIMEAC**, Uberaba, v. 10, n. 2, p. 177-208, 2020. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/cimeac/article/view/3623>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

AROUCA, A. Conferência: Democracia é Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**; 17-21 Mar. 1986; Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-44.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRY, M. J.; EDGMAN-LEVITAN, S. Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 366, n. 9, p. 780-781, 2012. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1109283>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

BEDESCHI, L. B.; PETRY, N. Alimentação intuitiva nas doenças crônicas não transmissíveis. In: REZENDE, F. A. C.; PENAFORTE, F. R. O.; MARTINS, P. C. (org.). **Comida, corpo e comportamento humano**. 1ª ed. São Paulo: IACI, 2020. p. 151-170.

BÍBLIA. **Bíblia Jovem**. Nova Tradução na Linguagem de Hoje. 1ª Edição. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2002.

BOOG, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-23, 2004. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-55930>>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BOTELHO, T. R. A soberania alimentar como luta decolonial e territorial. **Revista Culturas Jurídicas**, Niterói, v. 8, n. 20, p. 813-840, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/culturasjuridicas/article/view/52391>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de obesidade**. São Paulo, 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **SUS**. Rio de Janeiro, 2022b.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 fev. 2022.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 fev. 2022.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN - com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. 2006c. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>>. Acesso em: 26 out. 2023.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 6 out. 2006a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 25 jul. 2023.

_____. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: MS, 2018b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm>. Acesso em: 25 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Fundamentos do Trabalho do Agente de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 54, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2. Brasília: Diário Oficial da União, 2020c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 29 de março de 2021. Altera a Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente,

destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Diário Oficial da União, 2021b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.241 de 7 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Diário Oficial da União, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: aproximações ao tema. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes melito tipo 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012b.

_____. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da sociedade Brasileira de diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019.

BRITO, L. M. M. C. *et al.* Entrevista motivacional no autogerenciamento de cuidados a adolescentes com diabetes tipo 1: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/61374>>. Acesso em: 02 out. 2023.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>>. Acesso em: 18 ago. 2023.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/hsr99LMMzsRkWvqtsYfNWdc/?lang=pt>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CARNEIRO, D. G. B. *et al.* O agente comunitário de saúde e a promoção da segurança alimentar e nutricional na Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir de uma experiência educativa. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-577654>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

CASTRO, M. R.; FIGUEIREDO, F. F. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 15, n. 31, p. 56-70, 2019. Disponível em: <<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/46605>>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CHAHAL, N. *et al.* Dyslipidemia management in overweight or obese adolescents: A mixed-methods clinical trial of motivational interviewing. **SAGE Open Medicine**, Thousand Oaks, v. 5, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/2050312117707152>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

CHRISTIE, D.; CHANNON, S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. **Diabetes, obesity & metabolism**, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 381-387, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23927612/>>. Acesso em: 07 dez. 2023.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl 1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CONTE, F. A.; DOLL, J. Problematização das metodologias na educação alimentar e nutricional: registros entre 2009 a 2019. **Revista Espaço do Currículo**, João Pessoa, v. 14, n. especial, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.15687/rec.v14iEspecial.60340>>. Acesso em: 27 out. 2023.

CORIO-LANO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

COSTA, A. C.; MEDEIROS, I.; ALVARENGA, M. Nutrição Comportamental no tratamento do diabetes. In: ALVARENGA, M. *et al.* (org.). **Nutrição Comportamental**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2019. p. 389-400.

COSTA, M. C. *et al.* Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300018>>. Acesso em: 02 nov. 2023.

CRUZ, P. J. S. C. O Agir crítico em Nutrição na Atenção Primária à Saúde e suas potencialidades à luz da concepção da Educação Popular. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 26, p. 1-18, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-731320200036>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. **Revista de APS**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 387-398, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16423>>. Acesso em: 29 fev. 2024.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Os processos educativos em grupos comunitários como caminhos para a promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional na Atenção Básica. **Revista de APS**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 355-377, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16898>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

CRUZ, P. J. S. C.; MELO NETO, J. F. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, suppl 2, p. 1365-1376, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0500>>. Acesso em: 15 set. 2023.

CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência**: uma cartografia do autocuidado no diabetes. 1ª ed. São Paulo: UNESP, 2009.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-5, jul./ago. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FVZS98PgdgzmsgCFJ5qTSjP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

DUHIGG, C. **O poder do hábito**: por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

DUNKER, K. *et al.* Fundamentos e técnica da entrevista motivacional para Nutrição. *In*: ALVARENGA, M. *et al.* (org.). **Nutrição Comportamental**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2019. p. 201-226.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO. 2018. Disponível em: <<https://www.fao.org/3/i9553en/i9553en.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2023.

FAUSTINO-SILVA, D. D.; JUNG, N. M.; PORTA, L. L. L. Abordagem comportamental como estratégia para o tratamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde. **Atenção Primária à Saúde em Revista**, Juiz de Fora, v. 1, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2019. Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/43/37>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

FERREIRA, G. A.; FERREIRA, C. A. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: trajetória e perspectivas. **Revista Direito em Debate**, [S. l.], v. 32, n. 59, p. 1-12, 2023. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/11861>>. Acesso em: 16 out. 2023.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-489, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2022.

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

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. *In*: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 368-387.

GAMA, C. A. P. *et al.* Estratégia de saúde da família e adesão ao tratamento do diabetes: fatores facilitadores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 45, n. 1, p. 11-35, 2021. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3285>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

GARCES, T. S. *et al.* Relationship between social development indicators and mortality due to Diabetes Mellitus in Brazil: a space-time analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, p. , 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6592.3972>>. Acesso em: 13 fev. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUERRA, C. S.; SILVA, M. B. O. Direito à Soberania Alimentar no Capitalismo Periférico. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 2198-2224, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/56373>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 10th edn. Brussels, Belgium: 2021.

JESUS, J. G. L. *et al.* Orientação alimentar da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento e validação de um protocolo baseado no Guia Alimentar para a População

Brasileira. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1-15, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210157.pt>>. Acesso em: 26 out. 2023.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 197-207, 1999. Disponível em: <<https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Entrevista-motivacional.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2024.

KAO, T. A. *et al.* Motivational Interviewing in Pediatric Obesity: A Meta-analysis of the Effects on Behavioral Outcomes, **Annals of Behavioral Medicine**, [S. l.], v. 57, n. 8, p. 605-619, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/abm/kaad006>>. Acesso em: 02 out. 2023.

LARAIA, B. A. Food insecurity and chronic disease. **Advances in nutrition**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 203-212, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.3945/an.112.003277>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

LEÃO, M. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 447-452, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_447-452_.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2024.

MANDIA, T. M.; TEIXEIRA, R. R. Elaborar, compartilhar, narrar: uma análise narrativa de três abordagens de comunicação em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.220393>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MARTELETO, R. M. (coord.). **Almanaque do agente comunitário de saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

MÉLLO, L. M. B. D. *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-17, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210306>>. Acesso em: 14 dez. 2023.

MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. **Saúde Em Debate**, Londrina, v. 46, p. 368-384, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E125>>. Acesso em: 14 dez. 2023.

MELNICK, R. *et al.* A efetividade da entrevista motivacional em grupos de tabagistas na atenção primária: um estudo randomizado de clusters comunitários. **Cadernos de Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 1-12, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00038820>>. Acesso em: 02 out. 2023.

MENDONÇA, V. R. *et al.* Os desafios na atenção primária na perspectiva dos ACS de Itaperuna. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 9, p. 1-11, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31853>>. Acesso em: 17 out. 2023.

MERHY, E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Em Debate**, Londrina, v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 61-74.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Em Debate**, Londrina, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

MEYER, G. L. *et al.* Entrevista motivacional como uma ferramenta no processo de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 42, n. 4, p. 579-596, out./dez. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1130138/rbsp_v42n4_1_2822_final.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: helping people change**. 3ª ed. New York: Guilford Press, 2013.

MILLER, W. R.; ROSE, G. S. Toward a theory of motivational interviewing. **American Psychology**, [S. l.], v. 64, n. 6, p. 527-537, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759607/>>. Acesso em: 15 abr. 2024.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: HUCITED, 2014.

MONTEIRO, M. D. L. **A comunicação no contexto das visitas domiciliares: uma investigação das percepções de profissionais e usuários na Estratégia Saúde da Família**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://rms.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/DEFESA2019_MARINA-DIAS-LELIS-MONTEIRO.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2023.

NASCIMENTO, T. M. R. V.; HEISLER, M.; NERY, M. Avaliação do aprendizado e realização de um método de entrevista motivacional pelos agentes comunitários de saúde para melhora do autocuidado em diabetes dos pacientes da Estratégia de Saúde da Família.

Archivos en Medicina Familiar, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 173-179, 2021. Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf214c.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2024.

NEGRI, G. Diabetes melito: plantas e princípios ativos naturais hipoglicemiantes. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 121-142, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-93322005000200002>>. Acesso em: 04 fev. 2024.

NESPOLI, G. *et al.* **Educação popular e plantas medicinais na atenção básica à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2021.

OLIVEIRA, C. N. **Práticas de cuidado na Estratégia Saúde da Família: análise dos avanços, desafios e perspectivas frente a indivíduos com hipertensão e diabetes**. 2019.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2019. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/33888>>. Acesso em: 19 out. 2023.

OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; SILVA, R. S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Saúde.com**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 613-621, 2016. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/425>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

ONG, K. L. *et al.* Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet**, Londres, v. 402, p. 203-234, 2023. Disponível em:

<<https://hdl.handle.net/2381/24152955.v1>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. Panorama of Diabetes in the Americas. 2022. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56643>>. Acesso em: 31 jan. 2024.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PERDIGÃO, M. M. S.; SANTOS, O. A. C. Educação popular, saberes ancestrais e plantas medicinais: reflexões introdutórias. *In*: KLAUSS, J.; ALMEIDA, C. N. (org.). **Processos de desenvolvimento e aprendizagem: práticas e pesquisas**. 1ª ed. São Paulo: Científica digital, 2023. p. 63-71.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28537.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

PRADO, C. L. S. R. Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 32, p. 1-13, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220823pt>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RAMPELOTTO, G. F. **Trabalho de agentes comunitários de saúde em ações educativas a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/23393>>. Acesso em: 05 nov. 2023.

RANJAN, P.; KUMARI, A.; CHAKRAWARTY, A. How can Doctors Improve their Communication Skills? **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Delhi, v. 9, n. 3, p. 1-4, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413084/pdf/jcdr-9-JE01.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

RESNICOW, K. *et al.* Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. **Pediatrics**, [S.l.], v. 135, n. 4, p. 649–657, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2014-1880>>. Acesso em: 29 abr. 2024.

RIBEIRO, S. A. *et al.* Elaboração e validação de cartilha sobre diabetes para Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 73, n. 4, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/Ps3QZLHFwQmZM5SPvNBwNRt/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2023.

ROCHA, S. R.; SETUBAL, M. S. V. Desenvolvimento da Competência em Comunicação Clínica. *In*: ROMÃO, G. S. *et al.* (org.). **Residência Médica Ensino e Avaliação das Competências**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2022. p. 289-303.

RODRIGUES, A. P. M. E. *et al.* Contribuições da educação popular para abordagens educativas em Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde. *In*: PULGA, V. L. *et al.* (org.). **Cuidado e formação no campo da saúde em diálogo com os saberes populares**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. p. 260-288.

RODRIGUES, L. S.; SOBREIRA, I. E. M. M. Uso de plantas medicinais por adultos diabéticos e/ou hipertensos de uma unidade básica de saúde do município de Caucaia-CE, Brasil. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 341-354, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44957>>. Acesso em: 04 fev. 2024.

ROGLIC, G. WHO Global report on diabetes: A summary. **International Journal of Noncommunicable Diseases**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 3-8, 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/ijnc/fulltext/2016/01010/who_global_report_on_diabetes__a_summary.2.aspx>. Acesso em: 08 fev. 2024.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**: ajudando os pacientes a mudar o comportamento. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROTER, D. L. *et al.* The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l.], n. 21, p. 28-34, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484830/pdf/jgi_306.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

RUBAK, S. *et al.* Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **The British journal of general practice**, [S.l.], v. 55, n. 513, p. 305-312, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>>. Acesso em: 02 out. 2023.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 15, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1107>>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SANTOS, E. C. B. *et al.* Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 64, n. 5, p. 952-957, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500023>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

SANTOS, J. M. *et al.* Prática integrada em nutrição social: relato de experiência de educação alimentar e nutricional com adolescentes. **Revista Científica do UBM**, Barra Mansa, v. 25, n. 49, p. 138-148, 2023. Disponível em: <<https://revista.ubm.br/index.php/revistacientifica/article/view/1453>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

SEREBRENIC, F.; LIMA, D. R. Rumo aos 40 anos de entrevista motivacional: evolução da abordagem. **Mudanças**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 45-52, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692019000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2023.

SILVA, A. K. C.; LIMA, H. A. S. Marxismo, determinação social da saúde e o processo saúde-doença dos/as usuários/as: do modelo biomédico ao biopsicossocial em busca da assistência integral em saúde. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 223-241, 2024. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/6650>>. Acesso em: 11 jan. 2024.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/WYSn55yLGZvvhFJYfqS4R5S/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. *In*: SANTOS, T. V. C.; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. (org.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131.

SOUZA, B. F. N. J. *et al.* (In)segurança alimentar no Brasil no pré e pós pandemia da COVID-19: reflexões e perspectivas. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, [S.l.], v. 4, p. 1-10, 2021. Disponível em: <<https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/160>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SOUZA, C. L.; OLIVEIRA, M. V. Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia. **Cadernos**

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 153-164, 2020. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010319>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>>. Acesso em: 19 out. 2023.

STEFFEN, P. L. S. *et al.* Entrevista motivacional no cuidado em hipertensão arterial e diabetes *mellitus* na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. In: SILVA, E. B. (org.). **Avaliação e produção de tecnologias em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2022. p. 70-88.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação popular e saúde; 1993. In: BRASIL (org.). **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

TASSI, É. M. M.; BEZERRA, I. A soberania alimentar que desperta e aprofunda os saberes em direitos por terra, por comida de verdade e por igualdade de gênero. **Revista em Extensão**, Uberlândia, p. 42-52, 2020. Disponível em:
<<https://seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/54371>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TORRES, A. A. L. O papel da comunicação e das emoções na adesão à atividade física regular. **Caderno de Educação Física e Esporte**, Marechal Cândido Rondon, v. 13, n. 2, p. 85-96, jul./dez. 2015. Disponível em:
<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7956776>>. Acesso em: 03 dez. 2024.

TRAMONTTI, C. R. *et al.* Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 1-8, 2023. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030215>>. Acesso em: 26 out. 2023.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença**. 2012. Disponível em:
<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

WHO. World Health Organization. **Classification of diabetes mellitus**. Geneva: WHO, 2019.

WHO. World Health Organization. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: WHO, 1986.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

SEÇÃO 1
1- Nome completo:
2- Você está atuando como ACS atualmente? () Sim () Não
SEÇÃO 2
3- Gênero: () Feminino () Masculino () Prefiro não dizer () Outro _____
4- Data de Nascimento:
5- Como você se declara de acordo com sua raça, cor ou etnia? () Branco () Pardo () Preto () Amarelo ou Indígena
6- Escolaridade: () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo
6.1- Se superior, qual?
7- Área de atuação: () Urbana () Rural () Urbana e Rural
8- Você mora na área em que é ACS? () Sim () Não
9- População adscrita na sua área (quantidade):
10- Há quanto tempo é ACS?
11- Já fez algum curso ou alguma formação para ser ACS? () Sim () Não
11.1- Nesta formação, você estudou algo sobre diabetes? (Se sim na pergunta 11) () Sim () Não
11.2- Nesta formação, você teve treinamento sobre formas de se comunicar com as pessoas? (Se sim na pergunta 11) () Sim () Não
11.3- Se sim na pergunta 11.2, quais?
12- Você acompanha pessoas com diabetes na sua área? () Sim () Não
12.1- Se sim na pergunta 12, quantas?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA – PPGGC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **(Resolução No. 510/2016 do CNS)**

COMO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SE COMUNICAM COM AS PESSOAS COM DIABETES?

Eu, Mariana Gabriele de Souza Ferreira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa: “Como os agentes comunitários de saúde se comunicam com as pessoas com diabetes?”. O objetivo deste estudo é compreender como os agentes comunitários de saúde (ACS) se comunicam com pessoas com diabetes, com enfoque na adesão ao tratamento para auxiliar profissionais e pacientes a lidarem melhor com essa situação. Esta pesquisa está sob a orientação da Prof. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha, do Departamento de Medicina da UFSCar.

Você foi selecionado(a) por atender aos critérios de participação da pesquisa empírica, que consiste em ser um ACS do município de [REDACTED], cidade onde o estudo será realizado.

Sua participação na pesquisa é voluntária e não obrigatória, não havendo qualquer compensação em dinheiro pela sua participação. Qualquer despesa que você venha a ter com a participação na pesquisa, será ressarcida pelas pesquisadoras. Você pode desistir de participar dessa pesquisa a qualquer momento, mesmo depois que tiver respondido ao questionário. Para isso, basta comunicar a sua desistência pelo e-mail marianagsf@estudante.ufscar.br. A equipe de pesquisa dará ciência da mensagem recebida, confirmando a retirada do seu consentimento. Se você optar por não participar, sua recusa não trará qualquer tipo de prejuízo, tanto em relação às pesquisadoras e a esta pesquisa, quanto na relação com a instituição que você possui vínculo empregatício.

Sua participação consistirá em responder um formulário por meio da plataforma Google Forms. Este formulário é composto por perguntas abertas e fechadas com 15 questões no total, que incluem seus dados pessoais, tempo de atuação na função, formação profissional e contato com pessoas com diabetes. O tempo estimado de resposta é de 10 minutos. Este formulário será apresentado após o seu aceite em participar desta pesquisa. Aquelas perguntas que, por algum motivo, gerarem constrangimento ou dificuldade de compreensão, não devem ser respondidas.

Como complemento ao formulário, você poderá ser convidado para participar de uma entrevista, por meio da plataforma Google Meets ou presencialmente, conforme sua disponibilidade. O tempo estimado de duração da entrevista é de 50 minutos e consistirá em perguntas sobre as visitas e orientações que você faz para as pessoas com diabetes na sua área. As entrevistas serão gravadas por meio de dispositivo eletrônico para posterior transcrição e análise de seu conteúdo, por isso, solicitamos sua autorização para gravação.

As gravações das entrevistas ficarão armazenadas na plataforma Google Drive® até o encerramento da pesquisa. Somente as pesquisadoras terão acesso a esses arquivos, que serão permanentemente excluídos da plataforma ao término do projeto. Um backup desses arquivos será armazenado em um disco rígido por um período de 2 anos, após o qual serão totalmente apagados.

As informações obtidas serão tratadas de maneira a assegurar o anonimato e sigilo em todas as fases do estudo. Os resultados poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, respeitando os preceitos éticos das publicações acadêmicas. O município e o grupo de ACS participantes não serão identificados na apresentação dos resultados. Além disso, é garantido ao participante o acesso aos dados em qualquer momento do estudo.

As perguntas não serão invasivas à sua intimidade. Entretanto, devido ao tema abordado e a forma como será realizada, essa pesquisa poderá ocasionar desconforto e cansaço devido exposição de opiniões pessoais ao responder perguntas que envolvem as suas próprias ações. Caso isso ocorra, você pode optar pela suspensão da participação na pesquisa.

Devido à utilização de tecnologias digitais, correm-se os riscos característicos do ambiente virtual e da internet, como instabilidade e/ou a velocidade de conexão lenta, que podem dificultar a conclusão das atividades. Nesse caso, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa relatando o problema e expressando se ainda há o interesse em continuar a participar. Outro aspecto importante se refere à privacidade de dados. Esse estudo utilizará aplicativos bem-conceituados como o Google Meet®, o Gmail®, o Google Forms® e o Google Drive®, administrados pela empresa Google. No entanto, as pesquisadoras não têm controle sobre a forma como a empresa preserva os dados coletados. A política de proteção de dados e privacidade da Google está disponível em <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>. Caso você não se sinta seguro(a) com essa garantia, poderá cessar a sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo. Em contrapartida, esta pesquisa poderá contribuir com o avanço e a consolidação do conhecimento científico sobre a comunicação com a pessoa com diabetes e ainda, poderá auxiliar na melhoria dos cuidados ofertados aos pacientes e no planejamento de cursos de formação para os profissionais de saúde.

Ressaltamos a importância de o(a) participante da pesquisa guardar consigo uma cópia do documento eletrônico, visando a sua segurança. Você poderá solicitar uma cópia deste termo enviando um pedido para o e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se com as pesquisadoras pelos telefones: (16) 3351-8340 e (88) 98886-4359, ou pelos e-mails marianagsf@estudante.ufscar.br e sheyla@ufscar.br. A presente pesquisa está associada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica (NEPEM), grupo de pesquisa certificado pelo CNPQ, e ao Departamento de Medicina da UFSCar, localizado na Rodovia Washington Luís, km 235 - São Carlos-SP - CEP: 13565-905.

Caso você ainda tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria. Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30. O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Ao clicar no botão abaixo, declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da pesquisa. Também fui informado que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é um órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

- Li e aceito participar de forma voluntária desta pesquisa.
- Li e NÃO aceito participar desta pesquisa.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Identificação: Checar informações do questionário eletrônico:
1- Pensando na última visita que você fez a uma pessoa com diabetes na sua área, me conta um pouco como foi e o que aconteceu. (A intencionalidade é captar a visão/ideia/preconceito sobre a pessoa com DM)
2- Como é a área em que você atua? São quantas pessoas? Quantas famílias? Como você fica sabendo que tem uma pessoa com DM na sua área? Após ficar sabendo, o que é feito com ela? (Registro) Você sabe quantas são hoje? (A intencionalidade é saber como ocorre o acolhimento da pessoa com DM e se o HIPERDIA é utilizado)
3- Quando você conversa com uma pessoa com diabetes, o que você costuma falar pra ela? Me conta como você faz. Você já recebeu algum treinamento que te ensinava como conversar com as pessoas? Como foi? (A intencionalidade é saber o conhecimento dele sobre o DM e quais estratégias de comunicação são utilizadas)
4- Depois que você orienta as pessoas com diabetes, como elas reagem? Por que você acha que elas se comportam assim? (A intencionalidade é identificar as estratégias de comunicação interpessoais)
5- Você poderia me contar um pouco do que você sabe sobre o diabetes? Você já fez alguma formação ou curso sobre diabetes? Como foi? (A intencionalidade é captar o conhecimento do ACS sobre o DM)
6- Pensando na sua prática, que dificuldades você encontra ao orientar uma pessoa com diabetes? Como você lida com essas dificuldades? O que você acha que poderia te ajudar? (A intencionalidade é captar lacunas de conhecimento autopercebidas e que não tenham aparecido nas questões anteriores)

APÊNDICE D – MENSAGEM DE ORIENTAÇÃO AO PARTICIPANTE

Olá, (nome do participante)

*Conforme conversamos anteriormente, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: **COMO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SE COMUNICAM COM AS PESSOAS COM DIABETES?***

O objetivo deste estudo é compreender como os agentes comunitários de saúde se comunicam com pessoas com diabetes, com enfoque na adesão ao tratamento para auxiliar profissionais e pacientes a lidarem melhor com essa situação.

Se concordar em participar, você inicialmente responderá um questionário on-line através do seu celular, computador ou tablet e posteriormente poderá ser convidado(a) a participar de uma entrevista. No link abaixo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que você confirme ou não a sua participação. Solicitamos gentilmente, que o leia atentamente e caso surja alguma dúvida, nos comunique para que possamos solucioná-la. Após a leitura do termo, caso concorde em participar basta clicar no link “Li e aceito participar de forma voluntária desta pesquisa” ao final da página e você será encaminhado para a página do formulário. Após o preenchimento, uma cópia do formulário preenchido será enviada para o seu endereço de e-mail cadastrado. Caso não concorde em participar, basta clicar no link “Li e NÃO aceito participar desta pesquisa” ou simplesmente fechar a página do navegador e isso encerra a sua participação.

Suas respostas são muito importantes!

Desde já, agradecemos e nos colocamos à disposição.

Atenciosamente,

*Mariana Gabriele de Souza Ferreira e Sheyla Ribeiro Rocha
Telefone: (88) 98886-4359 e (16) 3351-8340
E-mail: marianagsf@estudante.ufscar.br e sheyla@ufscar.br*

**APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO: CURSO DE FORMAÇÃO PARA ACS
SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

Organizadoras	Mariana Gabriele de Souza Ferreira / Sheyla Ribeiro Rocha	
Público-alvo	ACS	
Objetivo geral	Proporcionar aos ACS experiência teórica e prática para o desenvolvimento de habilidades em EM no contexto do DM2 e da APS, a fim de melhorar a qualificação desses profissionais e aperfeiçoar sua atuação.	
Ementa	Princípios e evidências da EM. Estilos de comunicação: orientar, direcionar e acompanhar. Habilidades comunicativas básicas: perguntar, escutar e informar. Estágios de prontidão para mudança do comportamento. Resolvendo a ambivalência. Provocar a “conversa sobre mudança”. Como utilizar a EM no DM e na PS. Conceito, prevenção e tratamento do DM. Uso de plantas medicinais no DM2. Metas glicêmicas. Alimentação no DM. Abordando uma pessoa com DM. Como considerar o contexto socioeconômico cultural da pessoa com DM. Níveis de processamento de alimentos. Prato ideal. Grupos alimentares e combinações de refeições. Dez passos para uma alimentação adequada e saudável. Introdução ao comportamento alimentar e a mudança de hábito. Quando devo encaminhar a pessoa com DM ao nutricionista.	
Carga	30 horas	
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ● Estar em exercício profissional no período do curso; ● Possuir mais de 12 meses de experiência na função; ● Acompanhar pessoas com DM2 em sua área adstrita. 	
Tópicos	Tópicos	Horas
	Dia 1: Apresentação dos resultados da pesquisa + apresentação da proposta do curso + Avaliação Diagnóstica + Pacto de trabalho (pequeno grupo – roda de conversa)	3
	Dia 2: O DM2 na APS + Princípios da Comunicação em saúde (exposição dialogada e roda de conversa em grande grupo) <i>Dispersão: Construção de narrativa escrita ou oral</i>	4
	Dia 3: A comunicação em saúde na prática (problematização da narrativa em pequeno grupo) <i>Dispersão: Observar a comunicação no seu dia a dia</i>	3
	Dia 4: Princípios da EM (exposição dialogada, discussão sobre as observações práticas e sala de aula invertida em grande grupo) <i>Dispersão: Tentar utilizar esses princípios no dia a dia para relatar no próximo encontro (narrativa oral</i>	4

	<i>ou escrita)</i>	
	Dia 5: Tratamentos convencionais e o uso de plantas medicinais no DM2 + Princípios do GAPB (exposição dialogada em grande grupo) <i>Dispersão: Material de leitura/vídeo para aprofundamento no tema</i>	4
	Dia 6: Como abordar uma pessoa com DM2, orientá-la sobre alimentação saudável através do GAPB e ajudá-la a se engajar no seu autocuidado (pequeno grupo – problematização a partir de uma história de vida de uma pessoa com DM2) <i>Dispersão: Material de leitura/vídeo para aprofundamento no tema</i>	3
	Dia 7: Utilizando a EM na promoção de saúde (pequeno grupo – simulação – tira-dúvidas)	3
	Dia 8: Retrospectiva dos aprendizados do curso + Avaliação (grande grupo)	4
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover o desenvolvimento de habilidades comunicativas na prática profissional do ACS, com enfoque na humanização, na autonomia, no compartilhamento de decisões e na motivação para as mudanças de hábitos; ● Refletir sobre o papel do ACS no cuidado à pessoa com DM; ● Aprofundar o conhecimento do ACS sobre o DM e a alimentação para este público. 	
Estratégias de ensino	<p>O treinamento com um intervalo mais espaçado entre os encontros (momentos de dispersão), objetiva que o ACS possa assimilar o conteúdo, levá-lo para sua prática profissional e aprimorá-lo no próximo encontro. Possibilitando então, um maior feedback e supervisão da aprendizagem do ACS (Shafer; Rhode; Chong, 2004).</p> <p>Ocorrerão 8 encontros quinzenais com conteúdos teóricos e práticos para um total de 20 ACS. Será utilizada metodologia para grandes e pequenos grupos de acordo com a intencionalidade pedagógica (exposição dialogada, sala de aula invertida, problematização, narrativas, dramatização, roda de conversa, entre outras).</p> <p>Cada encontro conterà um disparador para iniciar a construção do aprendizado. Este, poderá ser em formato de vídeo, texto ou imagem, objetivando a exposição dos conhecimentos prévios e dúvidas dos ACS sobre o tema em questão.</p> <p>A exposição dialogada consistirá na apresentação do disparador, seguida de discussão sobre o assunto, que poderá utilizar rodas de conversa e problematização para construção do conhecimento. A dramatização será utilizada nos encontros de prática simulada. As narrativas orais ou escritas serão utilizadas como método pedagógico para ensino de habilidades de comunicação.</p>	
Atividades dos	Os ACS participarão de momentos em pequenos e grande grupos, a fim de que	

discentes	<p>possam expor seu conhecimento sobre os temas e refletir de forma crítica sobre os novos aprendizados. Realizarão, ainda, simulações de conversas com pessoas com DM, em visitas domiciliares.</p> <p>Nos períodos de dispersão requerer-se-á que os ACS observem suas práticas profissionais cotidianas, busquem aprofundar e implementar os conceitos adquiridos, construam uma narrativa baseada em suas vivências em uma das atividades, façam leituras teóricas sobre a temática.</p>
Recursos a serem utilizados	<ul style="list-style-type: none"> ● Instrumento iconográfico para orientação da classificação de alimentos do GAPB ● Figura do prato ideal ● GAPB ● Sala ● Projetor multimídia ● Aparelho de som ● Gravador ● Apresentação de slides ● Material de leitura/vídeo ● Impressos de apoio ao conteúdo
Procedimentos de avaliação	<p>Serão realizadas duas avaliações, uma diagnóstica e uma de desempenho, ambas com o objetivo de apreender os saberes dos ACS e identificar aspectos de sua conduta frente às pessoas com DM. Para isso, questionários baseados no “Questionário de Respostas Úteis” proposto por Miller <i>et al.</i> (1991) – consiste no participante ler uma declaração de uma pessoa e escrever o que ele considera muito útil para dizer em seguida – e nas Régua de Importância e Confiança – escalas em que os ACS avaliam o quanto entendem ser importante aprender sobre a EM e o quanto se sentem confiantes para aplicar na prática os novos conhecimentos – serão utilizados nas duas avaliações.</p> <p>Durante a avaliação diagnóstica, um momento será destinado a identificar, escutar, acolher as demandas dos ACS e refletir sobre suas práticas de saúde na APS, a fim de aprimorar o conteúdo programático deste curso.</p> <p>Crítérios para certificação:</p> <p>A certificação no curso é condicional à:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Frequência mínima de 75% dos encontros; ● Realização das avaliações previstas.
Referências	<p>Adaptado de GERALDI, M. V. <i>et al.</i> Pictorial instrument to guide the classification of foods in the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. Brazilian Journal of Nutrition, Campinas, v. 30, n. 1, p. 137-144, 2017.</p> <p>ALVARENGA, M. <i>et al.</i> Nutrição comportamental. 2ª ed. Barueri: Manole, 2019.</p> <p>BEDESCHI, L. B.; PETRY, N. Alimentação intuitiva nas doenças crônicas não transmissíveis. <i>In</i>: REZENDE, F. A. C.; PENAFORTE, F. R. O.; MARTINS, P. C. (org.). Comida, corpo e comportamento humano. 1ª ed. São Paulo: IACI, 2020. p. 151-170.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira.</p>

	<p>2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: aproximações ao tema. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.</p> <p>_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS, 2012.</p> <p>CRUZ, P. J. S. C. <i>et al.</i> Os processos educativos em grupos comunitários como caminhos para a promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional na Atenção Básica. Revista de APS, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 355-377, 2020.</p> <p>CRUZ, P. J. S. C.; MELO NETO, J. F. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, suppl 2, p. 1365-1376, 2014.</p> <p>CYRINO, A. P. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. 1ª ed. São Paulo: UNESP, 2009.</p> <p>FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-489, dez. 2014.</p> <p>IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.</p> <p>LARAIA, B. A. Food insecurity and chronic disease. Advances in nutrition, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 203-212, 2013.</p> <p>MENDONÇA, V. R. <i>et al.</i> Os desafios na atenção primária na perspectiva dos ACS de Itaperuna. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 9, p. 1-11, 2022.</p> <p>MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. <i>In:</i> MERHY, E. E. <i>et al.</i> (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 61-74.</p> <p>MILLER, W. R.; HEDRICK, K. E.; ORLOFSKY, D. R. The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. Journal of Clinical Psychology, [S.l.], v. 47, n. 3, p. 444-448, 1991.</p> <p>NESPOLI, G. <i>et al.</i> Educação popular e plantas medicinais na atenção básica à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2021.</p> <p>PERDIGÃO, M. M. S.; SANTOS, O. A. C. Educação popular, saberes ancestrais e plantas medicinais: reflexões introdutórias. <i>In:</i> KLAUSS, J.;</p>
--	--

	<p>ALMEIDA, C. N. (org.). Processos de desenvolvimento e aprendizagem: práticas e pesquisas. 1ª ed. São Paulo: Científica digital, 2023. p. 63-71.</p> <p>RAMPELOTTO, G. F. Trabalho de agentes comunitários de saúde em ações educativas a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2020.</p> <p>ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando os pacientes a mudar o comportamento. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.</p> <p>SHAFER, M. S.; RHODE, R.; CHONG, J. Utilizing distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. Journal of Substance Abuse Treatment, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 141-148, 2004.</p> <p>SOUZA, F. P.; MEYER, E.; OLIVEIRA, M. S. Entrevista Motivacional para Estudantes da Área da Saúde: Resultados de um Treinamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 35, p. 1-7, 2019.</p>
Observações	Não há.