

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

JIOCASTA TEDESCO

**ABORDAGENS INOVADORAS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM
DIABETES**

São Leopoldo

2018

Jiocasta Tedesco

ABORDAGENS INOVADORAS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM
DIABETES

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador Prof. Dr José Roque Junges

São Leopoldo

2018

T256a Tedesco, Jiocasta.
Abordagens inovadoras no autocuidado de
pessoas com diabetes / Jiocasta Tedesco. – 2018.
132 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do
Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, 2018.

“Orientador Prof. Dr José Roque Junges.”

1. Diabetes Mellitus. 2. Educação em saúde.
3. Autocuidado. 4. Vínculo. 5. Autonomia.. I. Título.

CDU 614

JIOCASTA TEDESCO

**ABORDAGENS INOVADORAS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM
DIABETES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em 27 de Agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA

José Roque Junges – Orientador – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Rosangela Barbiani – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Alcides Silva de Miranda – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela realização desse sonho.

A minha família e amigos próximos, pelo incentivo e compreensão nas horas de ausência.

Aos amigos do mestrado da turma 2016/02, pela amizade, incentivo, companheirismo, ajuda, conversas e momentos de descontração.

Ao meu orientador, pela amizade, paciência, dedicação, incentivo, aprendizagem e ajuda durante todo o percurso.

A todos os professores do mestrado, pelos conhecimentos transmitidos.

Às colegas do grupo de pesquisa Vulnerabilidades em Saúde e Bioética, por todo o incentivo, troca de conhecimentos, aprendizagem, companheirismo.

À professora, Doutora Rafaela, pelo auxílio na confecção dos mapas.

Aos membros da banca de qualificação professoras, Nêmora Tregnano Barcellos e Tatiana Gerhardt, pelas sugestões que enriqueceram a pesquisa.

A UNISINOS e a CAPES, pela disponibilidade da bolsa, para que esta pesquisa pudesse ser desenvolvida.

Ao coordenador da atenção básica, por todo o auxílio e disponibilidade.

A todos os profissionais: enfermeiros, médicos e agentes comunitárias de saúde das ESF Primor, Vargas, São José, Fortuna e Freitas pela disponibilidade em participar da pesquisa.

A todos os dez pacientes que participaram da coleta de dados, pela disponibilidade em pensar sobre e relatar sua experiência e convivência com a diabetes. Foram momentos muito ricos em aprendizados e trocas.

RESUMO

As abordagens inovadoras, fortalecedoras do autocuidado, pretendem superar o paradigma biomédico de acompanhamento dos doentes crônicos. São atividades diferenciadas como arte e atividade física que, rotineiramente, não ocorrem nos serviços de saúde. Este estudo objetiva compreender como as abordagens inovadoras incidem no autocuidado de diabéticos, de que forma influenciam e modificam a vivência com a condição crônica. A metodologia de cunho qualitativo utilizada foi a cartografia, identificada como pesquisa de intervenção no sentido de revelar o processo de autocuidado do diabético, produzindo sujeitos e conhecimentos simultaneamente, não havendo a separação de pesquisador-pesquisado, como uma produção intersubjetiva. O coletivo de pesquisa foi formado por 10 diabéticos (6 mulheres e 4 homens), diagnosticados há pelo menos 5 anos, que participavam de abordagens inovadoras. O tempo do diagnóstico variou de 6 até 34 anos. Os temas abordados na entrevista foram vivência, abordagens inovadoras, itinerário terapêutico, vínculo e autocuidado. As ESF e as abordagens inovadoras selecionadas foram respectivamente: Vargas (grupo Hiperdia), São José (grupo Hiperdia e grupo de artesanato), Fortuna (grupo de convivência) e Freitas (grupo de caminhada). Ao final do processo as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra, traçou-se o mapa do itinerário terapêutico e investigou-se o processo de construção da subjetividade em relação às abordagens inovadoras. Foram construídos dois mapas para cada participante. No mapa descritivo no centro está o paciente e sua família e no entorno são discriminados cinco aspectos: rede de apoio social, rede de saúde, abordagens inovadoras vínculo e autocuidado. No mapa interligado descreveu-se os quatro aspectos citados, exceto o vínculo que foi evidenciado através de linhas. Estes mapas foram desenvolvidos com o auxílio do software miMind, objetivando descrever e evidenciar as ligações/associações existentes, sendo posteriormente utilizados para evidenciar os resultados e discutí-los. Para o artigo, foram selecionados quatro mapas, nos quais aparecia mais claramente a processualidade do percurso, modos de subjetivação e construção da autonomia no modo de gerenciar as manifestações da diabetes. Os mapas selecionados foram Rosa (ESF Vargas – grupo Hiperdia) e Cravo (ESF São José – grupo Hiperdia) com maior tempo de diagnóstico, respectivamente 20 e 34 anos, e Violeta (ESF Fortuna – grupo de convivência) e Iris (ESF Freitas – grupo de

caminhada) com menor tempo de 6 e 7 anos. Os resultados evidenciaram que os pacientes vivenciaram uma situação anterior pautada pelo descontrole da patologia, ocorrência de eventos agudos, ida a serviços de emergência, piora da doença, sentimentos de vulnerabilidade, angústia e incapacidade para lidar com a condição. A participação nos grupos de abordagens inovadoras oportunizou orientações, compartilhamento de informação, vínculo com os profissionais, relações construídas e uso de tecnologia para medir a glicemia. A religiosidade e o apoio familiar se aliaram a esses benefícios promovendo juntos a produção de subjetividade, de modo que o sujeito se torna protagonista da situação. Dessa forma as abordagens inovadoras auxiliam na construção do autocuidado, de forma que os pacientes adquirem a capacidade de perceber o seu corpo, auscultar os sintomas, regular a medicação e a dieta, praticar exercícios físicos e aprender a lidar com a condição crônica, promovendo sua autonomia.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Educação em saúde. Autocuidado. Vínculo. Autonomia.

ABSTRACT

The innovative approaches which fortify self-care intend to overcome the biomedical paradigm on ongoing patient assistance. These are distinguished practices such as art and physical activity which do not take place on health services. This study aims to understand the way innovative approaches concern the diabetic self-care; the way they influence and change a chronic condition experience. The qualitative methodology used was the cartography, identified as intervention research to reveal the diabetic self-care process, producing simultaneously knowledge and individuals in a way there will not be a researcher- subject, like an inter subjective production. The collective research was composed by 10 diabetics, (6 women and 4 men) who had been diagnosed for at least 5 years, who participated of innovative approaches. The diagnosis time varied from 6 to 34 years. The approached themes in the interview were innovative approaches, experiences, therapeutic itinerary, connection and self-care. The Family Health Strategy (FHS) and the innovative approaches were respectively selected: Vargas (Hiperdia Group), São José (Hiperdia Group and art craft Group) Fortuna (Peer Groups) and Freitas (Walking Group). At the end of the process the recorded interviews were fully transcribed; the therapeutic itinerary map was drawn and the subjectivity development process in relation to the innovative approaches was investigated. Two maps for each participant were developed. On the descriptive map center is the patient and his or her family. Around it, five aspects are discriminated: Social support network, health network, innovative approaches connection and self-care. On the interconnected map four quoted aspects were described, except the connection which was highlighted through lines. These maps were developed with the miMind software help, aiming to describe and emphasize the existing bonds/ associations, taking into consideration that they were subsequently used to confirm the results and discuss them. Four maps were selected for the article in which appeared: technical procedures routes, subjectivation modes and autonomy development on how to manage the diabetes manifestations. The chosen maps were Rosa (FHS Vargas – Hiperdia group) and Cravo (FHS São José –Hiperdia Group) with longer diagnostic periods, respectively 20 and 34 years old, and Violeta (FHS Fortuna – peer groups) and Iris (FHS Freitas – walking groups) with 6 and 7 years shorter time. The results showed that the patients experienced a previous situation guided by the pathology unmanageability, occurrence of treble

events, visit to emergency health centers, disease worsens, vulnerability feelings, misery and inability to deal with this condition. The participation of innovative approaches in workgroups enables orientations, information share, professional connection, built relationships and technology usage to measure blood glucose. Religiosity and family support joined forces to these benefits promoting together the subjectivity production, in a way the subject becomes the situation's protagonist. This way the innovative approaches help on the self-care development so that the patients acquire the capacity of perceiving their bodies, auscultate the symptoms, regulate the medication and diet, practice physical exercises and learn how to deal with the chronicle condition, promoting their autonomies.

Key Words: Diabetes Mellitus. Health Education. Self-Care. Autonomy. Connection.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características do sistema fragmentado e da RAS.....	40
Quadro 2 – Descrição dos participantes da pesquisa	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de atenção crônica (CCM).....	41
Figura 2 – O modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas.....	42
Figura 3 – Modelo da pirâmide de riscos	43
Figura 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	44
Figura 5 – Modelo de atenção às condições crônicas.....	45
Figura 6 – Mapa de Sapucaia do Sul - RS	98
Figura 7 – ESF Vargas.....	99
Figura 8 – ESF São José	101
Figura 9 – ESF Fortuna.....	103
Figura 10 – ESF Freitas	104
Figura 11 – Mapa descritivo Margarida	108
Figura 12 – Mapa interligado Margarida.....	109
Figura 13 – Mapa descritivo Rosa.....	111
Figura 14 – Mapa interligado Rosa	112
Figura 15 – Mapa descritivo Cravo.....	113
Figura 16 – Mapa interligado Cravo	114
Figura 17 – Mapa descritivo Orquídea	116
Figura 18 – Mapa interligado Orquídea.....	117
Figura 19 – Mapa descritivo Violeta	118
Figura 20 – Mapa interligado Violeta.....	119
Figura 21 – Mapa descritivo Jasmim.....	121
Figura 22 – Mapa interligado Jasmim	122
Figura 23 – Mapa descritivo Lírio	123
Figura 24 – Mapa interligado Lírio.....	124
Figura 25 – Mapa descritivo Girassol.....	126
Figura 26 – Mapa interligado Girassol.....	127
Figura 28 – Mapa interligado Iris	129
Figura 29 – Mapa descritivo Tulipa	130
Figura 30 – Mapa interligado Tulipa.....	131

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CCM: Modelo de atenção crônica

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CICC: Modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MACC: Modelo de atenção às condições crônicas

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

PICS: Práticas Integrativas e Complementares

RAS: Rede de atenção à saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em três partes: projeto de pesquisa, relatório de campo e artigo científico. No projeto de pesquisa são abordados o tema, o problema de pesquisa, os objetivos, a justificativa, a revisão bibliográfica, a metodologia utilizada, os aspectos éticos, o cronograma, o orçamento, as referências e os apêndices. Este projeto de pesquisa passou por um exame de qualificação, sendo que as sugestões/orientações foram incluídas no texto. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

O relatório de campo aborda a descrição do trabalho desenvolvido, desde a seleção dos participantes, coleta de dados, construção dos mapas descritivos e interligados até a análise dos dados. O artigo científico apresenta os resultados e a discussão da pesquisa e será submetido na revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação.

SUMÁRIO

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA.....	16
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Tema.....	25
1.2 Delimitação do Tema	25
1.3 Problema.....	25
1.4 Objetivos.....	26
1.4.1 Objetivo Geral	26
1.4.2 Objetivos Específicos.....	26
1.5 Justificativa	26
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	28
2.1 Experiência e vivência das condições crônicas	28
2.2 Modelo de atenção às condições agudas e Modelo de atenção às condições crônicas.....	37
2.2.1 Modelo de atenção crônica	41
2.2.2 Modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas	42
2.2.3 O modelo da pirâmide de riscos	43
2.2.4 O modelo da determinação social da saúde	44
2.2.5 Modelo de atenção às condições crônicas	45
2.3 Linhas de cuidado e Itinerários terapêuticos	47
2.4 Educação em saúde de pessoas em condições crônicas: abordagens inovadoras.....	52
2.4.1 Grupo de caminhada	60
2.4.2 Grupo de convivência	61
2.4.3 Grupo de alimentação saudável	62
2.4.4 Grupo de tabagismo	63
2.4.5 Práticas integrativas e complementares (PICS).....	63
2.4.6 Espiritualidade, religiosidade, saberes e práticas populares.....	64
2.4.7 Rede de apoio familiar	66
2.4.8 Rede de apoio social	67
3 METODOLOGIA	69
3.1 Tipo de estudo.....	69

3.2 Sujeitos de pesquisa	70
3.3 Local da pesquisa	71
3.4 Procedimentos da coleta de dados	71
3.5 Instrumentos de coleta de dados	73
3.6 Análise de dados.....	73
3.7 Aspectos éticos.....	74
4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	75
5 CRONOGRAMA	76
6 ORÇAMENTO	77
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE A – ROTEIRO DE QUESTÕES ABORDADAS NA ENTREVISTA.....	91
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	92
APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA.....	93
PARTE 2 – RELATÓRIO DE CAMPO	94
RELATÓRIO DE CAMPO	95
PARTE 3 – ARTIGO CIENTÍFICO	132

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a atenção em saúde para as doenças crônicas representa um grande desafio para as equipes da Atenção Básica, por se tratarem de condições com alta prevalência, causas multifatoriais, existência simultânea de determinantes biológicos e socioculturais, sendo que a sua abordagem exige o trabalho multidisciplinar da equipe e demanda o protagonismo do sujeito, familiares e comunidade em relação a sua condição de saúde. A Atenção Básica nessa perspectiva representa a porta de entrada no serviço de saúde, sendo responsável pela coordenação das ações objetivando a oferta de um cuidado integral e contínuo ao doente crônico. Esse cuidado longitudinal efetivo e resolutivo pode ser prejudicado por diversos fatores como: falta de vínculo, ênfase na demanda de procedimentos e entraves na rede de saúde. (BRASIL, 2014; SILOCCHI; JUNGES, 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no atual cenário brasileiro, correspondem ao problema de saúde de maior magnitude e relevância, sendo responsáveis por mais de 70% das causas de morte. As principais DCNT (doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neuropsiquiátricas, câncer e diabetes) são causadoras de um alto número de mortes antes dos 70 anos de idade, além da perda da qualidade de vida. Pesquisas anteriores apontam uma forte associação dessas patologias com fatores de risco prevalentes e modificáveis como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, excesso de peso, altos níveis de colesterol, consumo baixo de frutas e verduras e sedentarismo. (IBGE, 2014).

O estudo de Malta *et al.*, (2015) utilizou os dados obtidos por meio da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano 2013, e evidenciou que 45,1% dos entrevistados referiu ter pelo menos uma DCNT, o que corresponde a cerca de 66 milhões de brasileiros com diagnóstico prévio. A prevalência no sexo feminino foi de 50,4% e no sexo masculino 39,2%. Quanto às regiões do país, a região com maior prevalência foi a Sul com 52,1%, seguida pela Sudeste (46,1%), Centro-Oeste (43,9%), Nordeste (42,2%) e Norte (37,2%). O Rio Grande do Sul destacou-se como o estado brasileiro com a maior prevalência de DCNT (54,2%). Cerca de 21,4% da população de pessoas com 18 anos ou mais, referiu ter hipertensão arterial, ou seja, aproximadamente 31 milhões de brasileiros. A prevalência da população que referiu

diagnóstico médico de diabetes foi de 6,2%, o que corresponde a cerca de 9,1 milhões de pessoas.

O diabetes mellitus (DM) é considerado não apenas como uma doença, mas sim como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, tendo em comum a presença de hiperglicemia, sendo essa condição resultante de defeitos na ação, na secreção de insulina, ou em ambas. O diabetes atualmente é classificado de acordo com a sua etiologia em: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A Portaria n. 4.279 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). A RAS consiste num arranjo organizacional das ações e serviços de saúde, que possuem diferentes tecnologias, mas que são associadas entre si visando garantir a oferta de um cuidado integral à população. Objetiva a associação contínua das ações e dos serviços de saúde, ofertando a pessoa uma assistência à saúde qualificada, humanizada, contínua e integral. Caracteriza-se pela integração entre os diversos serviços de saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada e coordenadora e a resolução dos problemas de saúde mais comuns no nível dos cuidados primários. Além disso, prioriza o enfoque nas necessidades em saúde da população, promove nos profissionais a responsabilização quanto à oferta de um cuidado contínuo e integral, estimula o cuidado multiprofissional por meio do compartilhamento dos objetivos e compromissos objetivando uma assistência à saúde mais qualificada e humanizada. (BRASIL, 2010b).

Todos os pontos da rede de serviços de saúde são essenciais à pessoa com doença crônica, sendo fundamental o acesso à rede básica, com acolhimento, vínculo com uma equipe de saúde, incentivo e participação em grupos de educação em saúde, além disso, o sujeito pode precisar de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento especializado. Com isso, todos esses pontos da rede precisam estar coordenados entre si com o objetivo de favorecer um cuidado integral. (MALTA; MERHY, 2010).

A rede de saúde, muitas vezes, possui entraves que dificultam a oferta do cuidado longitudinal, como a falta de medicação na rede básica, dificuldade de acesso a consultas especializadas, fazendo com que o usuário procure um serviço fora do SUS. Essas falhas na rede resultam em profissionais não responsabilizados

pelos usuários e usuários insatisfeitos, prejudicando o vínculo e o cuidado integral e humanizado. (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

O modelo de atenção pretendido pelo SUS recomenda uma oposição ao modelo vigente que é firmado na centralidade da doença, oferece atendimento à demanda espontânea e prioriza apenas o período de agudização das condições crônicas. O modelo vigente tornou-se insuficiente diante dos desafios sanitários atuais e futuros, é evidente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, com o intuito de qualificar a gestão do cuidado. O modelo pretendido pelo SUS evidencia a necessidade da organização dos serviços de saúde, com base na intersectorialidade, de forma a construir o compartilhamento de ações e saberes visando à promoção da saúde. Abrangendo a integralidade dos saberes, fortalece o apoio matricial e atenta para as necessidades e vulnerabilidades de grupos específicos ou populações, de modo que, reforça as ações relativas às condições crônicas. (BRASIL, 2010b).

Um dos problemas responsáveis pela instabilidade nos modelos de atenção à saúde consiste no fato do modelo de atenção atual enfrentar, por meio da mesma lógica, tanto as condições crônicas quanto as agudas. Dessa forma o modelo atende apenas o momento de agudização da condição crônica, especialmente nos serviços de urgência e emergência, mas não tem o poder de oferecer um cuidado fundamentado na integralidade e na longitudinalidade. Além disso, as práticas de acompanhamento à pessoa com doença crônica são baseadas num modelo prescritivo e autoritário que propõe mudanças de comportamento visando o controle. Essas práticas desprovidas de vínculo não são efetivas e acabam reduzindo o sujeito a uma patologia a ser controlada e perdem o foco da promoção da saúde. (BRASIL, 2010b; SILOCCHI; JUNGES, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva promover o cuidado por meio da construção do vínculo entre a família e a equipe de saúde, incentivando a escuta e a participação do usuário nas ações de saúde, utilizando-se de tecnologias que favoreçam a autonomia da pessoa e substituam o cuidado mecanizado. As equipes de Saúde da Família e o Núcleo de Estratégia de Saúde da Família (NASF) devem atuar com responsabilidade compartilhada, de modo que o processo de referência e contrarreferência, seja analisado e ampliado para um acompanhamento longitudinal dos casos das equipes de atenção básica, fortalecendo assim seus princípios e a

sua atuação como coordenadora do cuidado. O NASF tem o objetivo de contribuir para a integralidade do cuidado, por meio da ampliação da clínica, analisando e intervindo nos problemas e necessidades de saúde da população de forma mais resolutiva. (NERY *et al.*, 2011; BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde validou o Humaniza SUS como uma política que incide nas diferentes ações e áreas do SUS, abrangendo os níveis e as dimensões no âmbito da atenção à saúde e gestão. Essa política busca por meio de dispositivos promover redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, profissionais e gestores. Por meio destes dispositivos as ações, saberes e sujeitos tornam-se mais articulados e assim ocorre a oferta de um cuidado mais integral, resolutivo e humanizado. A humanização gera uma valorização dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, sendo embasada na autonomia e protagonismo dos sujeitos, na corresponsabilização e no vínculo construídos entre eles e na participação coletiva. O trabalho em saúde possui três enfoques principais: biomédico, social e psicológico, sendo que cada um deles procura focar apenas um tipo de problema, excluindo os demais. Neste contexto é necessário trabalhar com os diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saber e poder e buscar a resolução dos conflitos. Os seguintes dispositivos: Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular demonstram resolutividade tanto na atenção à saúde quanto na gestão dos diferentes serviços e redes de saúde. (BRASIL, 2010a).

A Clínica Ampliada compreende uma ferramenta que inclui os diferentes enfoques: biológico, psicológico e social, pois entende que diante de uma situação particular há uma predominância de um dos enfoques, mas faz-se necessário atentar para os demais, para que as ações de saúde sejam mais resolutivas. Outros aspectos importantes são o longo tempo de tratamento, a maior necessidade de participação e adesão do usuário no seu projeto terapêutico, tornando-se desafiante aos profissionais de saúde, pois demandam entender o usuário como sujeito e estimular a sua participação e autonomia. Os usuários não se limitam apenas à expressão de sua doença, sendo que diversos problemas enfrentados pelos profissionais de saúde como baixa adesão ao tratamento, danos, poliqueixosos e dependência aos serviços de saúde, ilustram a enorme complexidade dos sujeitos e evidenciam as dificuldades da clínica centrada na doença. O diagnóstico da patologia traz a ideia da regularidade, mas para a clínica

adequada é necessário perceber as singularidades da doença naquele sujeito, a sua experiência com o adoecimento, como os sinais e sintomas manifestam-se nele e o seu contexto social. A Clínica Ampliada propõe que os profissionais se responsabilizem pelos usuários, sendo que o uso da Equipe de Referência contribui para este fato. (BRASIL, 2010a).

Atualmente, é necessária uma mudança na redefinição do objeto do trabalho em saúde, ou seja, pensar esse objeto como uma junção de problemas de saúde (risco, vulnerabilidade e doença) sempre presentes em sujeitos concretos. Essa valorização do sujeito e de sua singularidade transforma as práticas da saúde coletiva e da clínica. O trabalho em saúde teria como objetivo a co-construção da capacidade de reflexão e ação de forma autônoma para os sujeitos envolvidos nesse processo: trabalhadores e usuários. Nesse sentido, os conceitos de saúde e autonomia são dinâmicos, sofrendo adições e perdas no decorrer do tempo. A autonomia pode ser definida como a capacidade de compreensão e ação dos sujeitos em relação a si mesmos e ao contexto, a partir de objetivos estabelecidos de forma democrática. A co-construção da autonomia depende de um conjunto de fatores, desde o sujeito até a coletividade; além disso, depende de fatores externos como: leis, políticas, valores e cultura. O nível de autonomia de um sujeito depende do seu acesso à informação e do exercício crítico sobre esse conhecimento, sendo que a autonomia é representada por conhecimento e reflexão. Além disso, a autonomia depende também da ação do sujeito, ou seja, de sua capacidade para lidar com o mundo e sua rede de dependência. (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Como estratégias práticas para essa abordagem da Clínica Ampliada pode-se citar a escuta e o vínculo. A escuta significa acolher todos os relatos da pessoa mesmo que estes não se relacionem diretamente com a doença, além disso, ajudá-la a reconstruir e respeitar os motivos que levaram ao seu adoecimento, bem como as suas relações com as pessoas de seu convívio social. Dessa forma a patologia é compreendida e incorporada à vida da pessoa, tornando-a protagonista neste processo. É importante que os profissionais atentem para o vínculo que constroem com os usuários, para que tenham maior capacidade de auxiliar a pessoa na construção de sua autonomia e no manejo da doença. A Equipe de Referência, exemplificada pela equipe multiprofissional de Saúde da Família, torna-se referência para uma determinada população. Essa proposta promove a construção do vínculo

entre profissionais e usuários, fato este que reflete na coprodução de saúde e autonomia e facilita a corresponsabilização. (BRASIL, 2010a).

O Projeto Terapêutico Singular é composto por condutas articuladas para os sujeitos individualmente ou coletivamente, eleitas mediante uma discussão coletiva com uma equipe disciplinar e com o Apoio Matricial se necessário, sendo utilizado em situações mais complexas. A reunião de equipe deve ser um espaço de diálogo, onde todas as opiniões são essenciais para entender o sujeito que necessita do cuidado e para definir as ações. Além disso, é necessário salientar que o projeto busca a singularidade num contexto em que a racionalidade médica através do diagnóstico tende a igualar os sujeitos e denominá-los como hipertensos, diabéticos, etc. O objetivo é analisar e problematizar o caso, elencando as necessidades e planejando ações que podem demandar o apoio ou outros serviços da rede de saúde. A Equipe de Referência visa focar o sujeito reconhecendo a complexidade do seu adoecimento e do seu projeto terapêutico. (BRASIL, 2010a).

Por meio das evidências da literatura internacional, baseado nos modelos de determinação social da saúde e de pirâmide de riscos, e atentando para a singularidade do SUS, Eugênio Vilaça Mendes elaborou um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) coerente com o sistema público de saúde do Brasil. Esse modelo está organizado em cinco níveis de intervenções de saúde abrangendo os determinantes sociais da saúde e as condições de saúde da população e, por fim, definindo ações e práticas de saúde mais adequadas a cada grupo populacional. (MENDES, 2011).

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio aos profissionais, esboçando a necessidade do entendimento de diversas dimensões do ser humano com vistas à prevenção de agravos e recuperação da saúde. Na mesma lógica, os serviços de saúde também precisam interagir entre si nos mais diversos níveis, desde a atenção primária até a alta complexidade. A integralidade precisa ser vislumbrada numa perspectiva mais ampla que a simples organização dos recursos, mas principalmente na perspectiva do fluxo do seu usuário e do acesso aos recursos. Para que seja garantida a oferta de um cuidado integral, faz-se necessário desenvolver mudanças na produção do cuidado em todos os níveis de assistência à saúde. Sendo assim, é possível afirmar que a integralidade inicia na atenção primária mediante a organização dos processos de trabalho, de modo que seja

oferecida uma assistência multiprofissional, embasada nas seguintes diretrizes: acolhimento, construção do vínculo e responsabilização. (FRANCO; FRANCO, 2017).

A Linha de Cuidado consiste em um desenho que expressa os fluxos assistenciais do usuário percorridos na busca pelo atendimento de suas necessidades de saúde, de modo que, delimita o caminho do usuário dentro da rede de saúde, sendo que este abrange tanto o sistema formal quanto o sistema alternativo. Essa diretriz tem por objetivo a coordenação e a intersecção entre as ações e os profissionais de saúde envolvidos no cuidado para eliminar a fragmentação, sendo implementada a partir da APS que é responsável pela coordenação do cuidado e da rede de saúde. (FRANCO; FRANCO, 2017; BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva é possível afirmar que, para elaborar um novo modelo de assistência à saúde da pessoa com doença crônica, é imprescindível remodelar a formação dos profissionais atuantes na Atenção Primária, considerar o empoderamento e autonomia da pessoa como base para a prática do cuidado e para a construção do autocuidado, porque estes dois aspectos possuem a função de promotores da saúde dentro de uma visão intersetorial e interdisciplinar. (TOSSIN *et al.*, 2016).

Ao descobrir a doença, as pessoas são desafiadas de modo repentino a incorporar mudanças radicais em sua vida, como restrição na dieta, prática de atividade física, monitorização da glicemia e terapia medicamentosa. Nesse contexto, é necessário que a pessoa exercite a sua autonomia para que consiga agregar todas essas alterações no seu estilo de vida. Dessa forma, é primordial que os profissionais de saúde trabalhem a autonomia desta pessoa, de modo que ela exponha suas opiniões e adote escolhas responsáveis e conscientes sobre a sua condição crônica. (SILVA *et al.*, 2018).

Quando as pessoas não são orientadas adequadamente para a construção de sua autonomia, acabam dependendo muito dos serviços de saúde, sendo que normalmente sua qualidade de vida é baixa, devido à dependência dos familiares, dos serviços de saúde e ao sentimento de impotência frente às complicações da patologia. Essa dependência é causada por muitos fatores, principalmente pela falta de conhecimento sobre a doença e por não compreenderem claramente as

orientações que precisam seguir, dificultando assim a sua aceitação e incorporação no cotidiano. O fato de elaborar e seguir as suas próprias regras de modo responsável e consciente promove o empoderamento da pessoa. (SILVA *et al.*, 2018).

As crenças, costumes, comportamentos e atitudes embasam os significados que cada sujeito dá as suas experiências de vida, saúde e doença, fazendo parte do seu subjetivo e orientando os seus atos e comportamentos. As orientações prescritas verticalmente são ineficazes para promover o autocuidado, pois não consideram as decisões e o contexto da pessoa. É fundamental desenvolver ações de promoção à saúde que contemplem a autonomia da pessoa, considerando seu contexto, história de vida, potencialidades e fragilidades, de modo que as escolhas feitas pelos sujeitos tenham um significado e reflitam suas crenças e valores. As ações de promoção à saúde que fortalecem e estimulam a autonomia promovem maior adesão à terapêutica e controle da patologia. (MATTOS; MARUYAMA, 2009; SILVA *et al.*, 2018).

O cuidado na atenção primária à saúde não ocorre de modo eficaz, pois é fragmentado e baseado na cultura da medicalização que está incutida tanto nas pessoas quanto nos profissionais, sendo que o grande foco é a cura ou tratamento da doença, ressaltando o uso de medicação e o vínculo com o médico. Muitas vezes, a gestão e sua burocracia acabam por fortalecer ainda mais a medicalização, porque não estimulam o acolhimento, a escuta qualificada e a humanização das práticas em saúde. Os profissionais de saúde são desafiados diariamente a desconstruir o modelo biomédico, compreendendo a diferença entre cuidar e tratar, de modo que o tratamento é algo pontual, com início, meio e fim, e o cuidado é mais abrangente, consistindo numa atitude. O cuidado necessita ser individualizado e humanizado, tendo como pretensão não apenas a cura da patologia, mas também a melhora na qualidade de vida, de modo que os profissionais ofereçam apoio e orientações para que as pessoas sejam capazes de realizar o seu autocuidado, propagando assim a saúde das pessoas, familiares e comunidades. (AZEVEDO; DUQUE, 2016).

Atualmente, é necessário que o cuidado em saúde esteja cada vez mais fundamentado nas abordagens inovadoras fortalecedoras do autocuidado e que estas sejam adequadas à realidade e à demanda da população atendida. Destaca-

se ainda a exigência de investimentos para garantir a implementação destas iniciativas de modo a favorecer o acesso igualitário a essas tecnologias. Para a efetivação de abordagens inovadoras que abranjam mais do que demandas por procedimentos e resultem em mudanças comportamentais nos sujeitos, é primordial o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuários. (TOSSIN *et al.*, 2016; SILOCCHI; JUNGES, 2017).

As experiências inovadoras de cuidado correspondem a abordagens que almejam a quebra do paradigma biomédico, ou seja, são abordagens diferenciadas como arte e atividade física, que rotineiramente não ocorrem nos serviços de saúde. Os profissionais de saúde atribuem um novo significado a estas ações, com o intuito de contemplar situações de saúde que ocorrem no seu cotidiano. Deste modo, as experiências inovadoras são invenções pensadas para um contexto específico, embasadas na criatividade e no envolvimento dos profissionais, escapando da rotina, burocracia e protocolo do serviço de saúde. (UCHÔA, 2009).

1.1 Tema

Cuidado de pessoas com diabetes.

1.2 Delimitação do Tema

Abordagens inovadoras no autocuidado de pessoas com diabetes.

1.3 Problema

Como as abordagens inovadoras incidem na vivência da pessoa com diabetes e na construção do autocuidado apoiado?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar como as abordagens inovadoras incidem no autocuidado da pessoa com diabetes e de que forma influenciam e modificam a vivência com a sua condição crônica.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) caracterizar, junto às pessoas com diabetes, as limitações impostas pela doença;
- b) explicitar os itinerários de cuidado percorridos pela pessoa com diabetes;
- c) identificar as abordagens inovadoras citadas e utilizadas pelas pessoas com diabetes;
- d) conhecer o processo de criação do vínculo entre a pessoa com diabetes e a equipe de saúde.

1.5 Justificativa

A escolha por este tema surgiu desde a graduação em Enfermagem, com a preferência pela área de Saúde Coletiva, em especial à educação em saúde. Após uma conversa com o orientador, que possuía a pesquisa “Cartografia para Doentes Crônicos” em curso, optou-se pela escolha do campo em Sapucaia do Sul com os doentes crônicos e, posteriormente, selecionou-se apenas pessoas com diabetes. O orientador sugeriu que não fossem englobadas na pesquisa as abordagens tradicionais, médicas, como grupos de hipertensos e diabéticos, mas que fossem incluídas as abordagens inovadoras, alternativas, que proporcionassem um ambiente de diálogo, trocas de experiência, fortalecimento da autonomia e construção do autocuidado.

Em Sapucaia do Sul, a rede municipal de saúde é estruturada por atenção básica, atenção secundária, Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas e coordenação de vigilância em saúde. A atenção básica é formada por 05 Unidades

Básicas de Saúde (UBS), 21 Estratégias Saúde da Família (ESF), Programa de atenção domiciliar – melhor em casa e o Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) que atua em 09 das ESF. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que se as mudanças não ocorrerem, os sistemas de saúde permanecerão evoluindo, mas de forma ineficiente e ineficaz, concomitantemente ao aumento da prevalência das doenças crônicas. Os gastos com saúde continuam crescendo, sem refletir na melhora das condições de saúde da população. Enquanto houver o predomínio do modelo de tratamento agudo, os resultados permanecerão insuficientes. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Neste contexto fica evidente a necessidade da inserção de abordagens inovadoras no cuidado das pessoas com doenças crônicas, através da introdução de novas ideias, métodos e programas, objetivando modificar o plano de prevenção e gestão destas condições. As necessidades de saúde das pessoas com doenças crônicas são distintas, implicando apoio e não apenas intervenções, cuidados planejados para antecipar possíveis demandas e complicações, atenção integrada e orientação para a construção do autocuidado. Além disso, pessoas com doenças crônicas e familiares requerem apoio comunitário e a implementação de políticas amplas que enfatizem a prevenção e o gerenciamento. As novas práticas pretendem intensificar a atuação das pessoas e familiares e buscam motivá-los para o gerenciamento de sua condição mediante o apoio das equipes de saúde e da comunidade. As evidências científicas ressaltam os benefícios destas práticas, citando: redução de óbitos, redução de custos e recursos da saúde, modificação do estilo de vida das pessoas e da capacidade para o autocuidado, melhoria na qualidade de vida e no processo de tratamento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Experiência e vivência das condições crônicas

Em nossa sociedade é sabido que, na maioria das vezes, as pessoas com doenças crônicas ao perceberem algo errado em seu corpo ou quando não se sentem bem, procuram um serviço de saúde para descobrir qual é problema. Conversam com as pessoas mais próximas e constroem seus próprios diagnósticos de saúde, identificando os sinais e sintomas e os relacionando com doenças já existentes e conhecidas. A avaliação médica, posteriormente, tem como intuito reconhecer os recursos disponíveis para o enfrentamento do problema, ou seja, encontrar o tratamento. (SILVA, 2000).

O diagnóstico normalmente é feito por meio de exames clínicos solicitados pelo médico, mas a pessoa também pode ter o diagnóstico identificado na sua rede social e validado pelo médico. A descoberta de uma doença crônica não ocorre somente em virtude das alterações corporais, mas faz parte de um processo mais amplo, que engloba mudanças no processo de viver. Muitas vezes a diabetes tem um caráter silencioso e sua gravidade é desvalorizada, de modo que a existência de sintomas ou complicações acaba por ser o motivo que leva os sujeitos a considerar o tratamento. (SILVA, 2000; CYRINO, 2009).

Após o diagnóstico de diabetes mellitus, o paciente é rotulado como diabético ou como portador dessa patologia. As práticas tradicionais dos profissionais de saúde e a gestão dos serviços de saúde são centradas na doença e não no paciente, além disso, a palavra “portador” nos remete ao curto prazo, a algo momentâneo, o que é errôneo no caso dessa doença que não é passível de cura. O adoecimento crônico é constituído por complexidades que atribuem singularidades e pluralidades para a experiência do adoecer e torna este momento não apenas biológico, mas sim uma manifestação da singularidade do sujeito, que atribui um significado e traça um percurso próprio diante dessa condição. (FARIA, 2007; BURILLE; GERHARDT, 2016).

Ao descobrir a doença, as pessoas são desafiadas de modo repentino a incorporar mudanças radicais em sua vida, como restrição na dieta, prática de atividade física, monitorização da glicemia e terapia medicamentosa. Nesse contexto, é necessário que o sujeito exercite a sua autonomia, para que consiga

agregar todas essas alterações no seu estilo de vida. Dessa forma, é primordial que os profissionais de saúde trabalhem a autonomia deste sujeito, de modo que ele exponha suas opiniões e adote escolhas responsáveis e conscientes sobre a sua condição crônica. (SILVA *et al.*, 2018).

A experiência da doença conceitua-se como um fluxo de eventos, processos corporais e trajetórias de vida, apresentando-se em um cenário conectado ao contexto social, cultural, bem como a biografia, de modo que todos esses fatores formam a condição da pessoa com doença crônica. A experiência é efetivada no plano subjetivo, porém é interpretada e vivenciada com base em esquemas práticos e de significados do sujeito, sendo delimitada pelo seu contexto e sofrendo redefinições constantes devido à vida cotidiana do adoecido, a oferta de serviços de saúde e ao curso da patologia. Aos profissionais de saúde é desafiador perceber e considerar todos esses aspectos, para que as ações em saúde sejam mais coerentes com o aspecto sociocultural e contextual dos sujeitos. (BARSAGLINI, 2011).

Devido à cronicidade, o processo de vivência da patologia perdura por toda a vida da pessoa e inicia antes do diagnóstico. A cronicidade obriga o sujeito a desenvolver novas formas de lidar com a patologia e pensar sobre ela, envolvendo fatores estruturais, simbólicos, contextuais, biográficos, da experiência e do curso da doença. Os fatores e as formas de lidar e compreender a patologia são dinâmicos, sendo constantemente atualizados, definidos, redefinidos, reinterpretados, transformados. (BARSAGLINI, 2011).

A vivência com a diabetes é complexa e permeada por duas dimensões, uma subjetiva que consiste na representação e outra objetiva que é traduzida pela experiência. Na esfera da representação estão os aspectos referentes ao entendimento da doença, qual a sua causa, expectativas futuras e de cura. Quanto à experiência, esta é formada por questões práticas que surgem no cotidiano da convivência com a doença, exemplificadas pelo manejo através da dieta, prática de exercícios físicos, medicação e uso de serviços de saúde, além de terapias alternativas. (BARSAGLINI, 2011).

A doença crônica é um desafio para os serviços de saúde, pois é necessário o rearranjo destes com o intuito de oferecer um cuidado integral e longitudinal, ou seja, não apenas focado na doença e no evento agudo, mas conhecendo o contexto,

a cultura de inserção da pessoa e as repercussões da cronicidade. A rede de apoio da pessoa com doença crônica, formada por amigos, familiares, vizinhos, serviços e profissionais de saúde, multiplica-se nos momentos de agudização, porém nos períodos de silenciamento da condição crônica, a rede de apoio sai de cena, os profissionais de saúde são procurados apenas em determinados momentos e os amigos e vizinhos não se mostram presentes e dispostos a oferecer apoio. (FARIA, 2007; BURILLE, 2012).

O controle das doenças crônicas implica alterações no cotidiano das pessoas como a reorganização de suas vidas de modo a provocar a aceitação da doença, suas consequências e a vivência com esta, além de provocarem uma reconstrução da identidade pessoal e familiar. O processo de aceitação ou não aceitação é permeado pela experiência e aprendizagem com o adoecimento que foram construídas a longo prazo, e estão implicadas por sentimentos de perdas, frustrações e o desejo de viver superando a cada dia as limitações impostas pela doença. (FARIA, 2007).

O modo como estas patologias influenciam na vida das pessoas acaba por causar redirecionamento e repercussões na vida destes sujeitos, entretanto os profissionais de saúde não estão atentos a este contexto, dificultando o alcance da integralidade do cuidado prestado. A vivência com uma condição crônica envolve mudanças no modo de vida, além de alterações físicas, psicossociais e elaboração de estratégias para o enfrentamento da condição tanto por parte do sujeito quanto de sua família, de modo que o adoecimento crônico tem repercussões no corpo da pessoa que vive a experiência e também nos familiares e comunidade que com ela convivem. A visão medicalizante da assistência tem como enfoque os sinais e sintomas, porém a cronicidade vai além da condição biológica e provoca mudanças profundas e desorganização na vida do sujeito, gerando momentos de sofrimento e dificuldade como agudização e manifestações físicas, sendo por fim causadora de transformações, exigindo que a pessoa dê outro sentido a sua vida e se adapte à nova condição. (FARIA, 2007; MATTOS; MARUYAMA, 2009; BURILLE; GERHARDT, 2016).

A convivência com a doença crônica exige que o sujeito implemente mudanças em relação a sua identidade, aos significados que atribui a sua condição e ao manejo com esta. Esses dois planos: subjetivo e objetivo necessitam estar

conectados continuamente e com adaptações constantes de acordo com o cotidiano e o contexto da pessoa e também com os aspectos referentes à patologia. Esse processo de adaptação contínua é chamado de gerenciamento, sendo relacionado às práticas executadas pelas pessoas para controlar e conviver com a situação de cronicidade, de modo que essas ações são fundamentadas pela representação e experiência do sujeito. (BARSAGLINI, 2011).

Os comportamentos essenciais ao gerenciamento da diabetes são constantemente vigiados pela pessoa com doença crônica, familiares e profissionais de saúde, sendo comum a atribuição de estereótipos como rebeldia e teimosia a estas pessoas. Essa vigilância também expressa a relação de autoridade e poder disciplinar que a prática e o saber biomédico, por meio dos profissionais, exercem sobre os sujeitos, desempenhando uma função de controle social, ainda que seja possível aos sujeitos resistir e criticar. Os profissionais de saúde exercem o biopoder nas relações pessoais, nos corpos, nos comportamentos, implicando constantemente obediência e subordinação às suas orientações, disciplina e vigilância quanto ao tratamento. Dessa forma, há uma mudança no objeto de controle, passando da patologia para a pessoa, refletindo a ligação de poder e autonomia que permeia a relação profissional-paciente, fato este que é ineficaz no tratamento da diabetes, porque essa patologia demanda uma cooperação e ajuda mútua entre todos os sujeitos envolvidos como pacientes, familiares e profissionais. (BARSAGLINI, 2011).

Baseado nessa percepção é necessário evitar o uso do termo adesão ao tratamento, pois este nos remete a relação médico-paciente tradicional, centrada no profissional de saúde e que não é adequada no âmbito da compreensão das doenças crônicas, que são condições complexas, momentos de instabilidade e que exigem dos sujeitos adaptações contínuas. A pessoa com doença crônica fundamenta o seu comportamento diante da enfermidade por conceitos, critérios, fatos e valores próprios, o que na maioria das vezes não condiz com as prescrições médicas e revela a necessidade de adequação. Nessa perspectiva, os profissionais da saúde responsáveis pelo cuidado do sujeito devem estar atentos e abertos à reflexão e ao diálogo mediante essa situação. Há uma divergência quanto às ações executadas pelos serviços de saúde e os problemas apresentados pelas pessoas com doenças crônicas, que são, na verdade, necessidades em saúde. Esses

sujeitos demandam um cuidado diferenciado, integral que esteja atento ao contexto social, econômico e cultural. (BARSAGLINI, 2011; BURILLE; GERHARDT, 2016).

No encontro entre sujeito e profissional da saúde deveria ser priorizada a preocupação em realizar uma escuta qualificada das necessidades de saúde trazidas pelo indivíduo apresentadas em alguma demanda específica. Quando o sujeito chega ao serviço de saúde traz consigo diversas necessidades de saúde, sendo que algumas são mais visíveis do que outras. Neste momento, é importante que o profissional tenha sensibilidade e preparo para visualizar e atendê-lo da melhor forma possível. Dessa forma faz-se necessário que a gestão esteja atenta, a atenção à saúde organizada e os profissionais capacitados para escutar e atender as necessidades de saúde, que vão muito além da simples adesão a uma terapia medicamentosa ou a um modelo de atenção. Nesse contexto, a demanda seria a tradução, a objetivação das necessidades mais complexas do sujeito, sendo as necessidades modeladas pela oferta dos serviços de saúde como, por exemplo, consulta médica, consumo de medicamentos e realização de exames. Já as necessidades podem ser outras, como por exemplo, a busca por uma resposta às más condições de vida passadas ou atuais, a procura pela construção de um vínculo com um profissional de saúde, a necessidade de ter maior autonomia frente a sua vida, acesso a alguma tecnologia de saúde para melhorar ou prolongar sua vida. Todos esses fatores estão imbricados na demanda que levou o sujeito a procurar o serviço de saúde e precisam ser revelados e escutados pela equipe de saúde. A integralidade da atenção pode ser definida como o esforço da equipe de saúde em revelar e atender tais necessidades complexas captando-as em sua expressão individual. (CECILIO, 2009).

No cotidiano, as pessoas com doenças crônicas experimentam sentimentos de incerteza, medo, fuga, aceitação e negação e se esforçam para transpor as limitações e obrigações que a doença estabelece. Este fato ainda é agravado pelas práticas profissionais que não abrangem as dificuldades e os desafios vivenciados e a constante tensão referente à fase aguda da doença. Nesta perspectiva são construídas novas formas de viver embasadas pela ambiguidade do limite e da terminalidade por um lado e do desejo de viver e aproveitar o momento por outro lado. (FARIA, 2007).

Sendo assim, cada pessoa tem uma maneira particular de experimentar e vivenciar o adoecimento. O conhecimento e a interpretação do processo saúde-doença pelos profissionais têm como perspectiva a melhoria das práticas de saúde, pois possibilita preencher as lacunas, conceber os momentos de vulnerabilidade do sujeito e perceber como ele e sua família enfrentam a patologia. (MATTOS; MARUYAMA, 2009).

A doença é percebida como um fator que afasta o indivíduo da sua imagem ideal, podendo causar nas pessoas: depressão, desespero, ou por outro lado, a luta contra essa condição almejando a qualidade de vida, mesmo quando não é possível eliminar a patologia, como no caso das doenças crônicas. Nesse sentido, é visível a necessidade de maior aproximação com a construção do vínculo entre profissionais de saúde e pessoas com doenças crônicas, para que os profissionais consigam compreender o que é a vivência da cronicidade, como essa passa a fazer parte do cotidiano e como posteriormente influencia na tomada de decisões. (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004).

A enfermidade faz parte do sofrimento, enquanto fator da experiência humana, podendo se apresentar de diversas formas: as enfermidades agudas que trazem um acontecimento acidental, e as enfermidades crônicas que se imbricam na rotina, no cotidiano e em todos os aspectos da vida. Essas últimas causam fragilidade e vulnerabilidade tanto nos sujeitos quanto em seus familiares. Por este motivo o estudo da cronicidade carece de abordagens multidimensionais que envolvam a experiência individual, as biografias, os papéis sociais, a cultura, simultaneamente com a organização do cuidado médico, dos conhecimentos e terapias que o acompanham, que se complementam através de outras estratégias de cura ou com o apoio de grupos da sociedade. (CANESQUI, 2007).

Para a antropologia, a doença não é apenas uma condição biológica, mas também uma experiência que se compõe e adquire sentido nas relações entre indivíduos, grupos e instituições, ou seja, é uma realidade socialmente construída. Os indivíduos atribuem significado a suas experiências de doença e compartilham suas aflições com os seus pares. A enfermidade é uma sensação, uma experiência de mal-estar que nos remete a nossa corporeidade, ao corpo vivido, não sendo separada da subjetividade. A antropologia da saúde possui a função de entender como a doença, fruto de uma vivência subjetiva transforma-se em uma realidade

significada e legitimada socialmente. Trata-se de entender como experiências subjetivas, ilustradas na vivência de sentir-se mal, constituem-se em um objeto – a doença – o qual é passível de explicação e com o qual pode-se lidar em contextos sociais específicos. (ALVES; RABELO, 1999).

Na trajetória singular de vida da pessoa com doença crônica perpassam aspectos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, construídos historicamente que levam sentido a sua experiência, que mesmo sendo subjetiva consegue ultrapassar o plano individual. Os profissionais de saúde são desafiados a conhecer a existência e considerar a influência desses aspectos, para que as intervenções em saúde sejam sensíveis e ofereçam alternativas coesas com os elementos contextuais e socioculturais específicos de cada sujeito. (CANESQUI, 2007).

As crenças, costumes, comportamentos e atitudes embasam os significados que cada sujeito dá a suas experiências de vida, saúde e doença, fazendo parte do seu subjetivo e orientando os seus atos e comportamentos. Assim, podemos afirmar que ao mesmo tempo em que o indivíduo influencia o grupo, ele também é influenciado por este. As orientações prescritas verticalmente são ineficazes para promover o autocuidado, pois não consideram as decisões e o contexto da pessoa. É fundamental desenvolver ações de promoção à saúde que contemplem a autonomia do sujeito, considerando seu contexto, história de vida, potencialidades e fragilidades, de modo que as escolhas feitas pelos sujeitos tenham um significado e reflitam suas crenças e valores. As ações de promoção à saúde que fortalecem e estimulam a autonomia promovem maior adesão à terapêutica e controle da patologia. (MATTOS; MARUYAMA, 2009; SILVA *et al.*, 2018).

O estudo de Silva *et al.*, (2018) evidenciou, por meio das narrativas dos participantes, que existem dois tipos de autocuidado. O autocuidado alienado descreve a situação em que a pessoa realiza ações mecanicamente para cumprir as prescrições, como por exemplo, a supervalorização da verificação da glicemia, pois esta muitas vezes é realizada sem que o sujeito compreenda claramente o seu objetivo. O outro tipo de autocuidado acontece quando a pessoa apoderou-se das informações referentes à patologia e ao seu tratamento, de modo que é capaz de protagonizar as decisões, construindo um autocuidado crítico e consciente. Nessa

situação tem destaque a importância das orientações que capacitem o sujeito a reconhecer os sintomas e os sinais refletidos em seu corpo.

Mendes (2012) afirma que as intervenções de autocuidado apoiado não iniciam somente de uma relação entre profissionais de saúde e usuários, mas tem como objetivo principal oferecer apoio aos usuários, de forma que estes se tornem autônomos no seu autocuidado e sejam, por fim, agentes sociais produtores de saúde. O conceito de autocuidado apoiado não pode ser entendido como a desresponsabilização dos profissionais, mas sim como o apoio significativo aos usuários favorecendo o empoderamento em relação a sua saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por atender um território restrito, consiste em uma alternativa de atenção que permite a aproximação entre o profissional da saúde e o sujeito, de forma que o profissional conhece a cultura do outro. Assim, os profissionais de saúde são pressionados a conhecer e utilizar outros modelos de cuidado dentre eles, o familiar e o popular visando uma maior aproximação entre a lógica profissional/cliente. Uma complexa rede de símbolos e significados está presente e incluída na lógica do cuidado popular/familiar e na lógica do cuidado profissional. Deste modo, a cultura dos sujeitos deve ser colocada em pauta, pois esta está diretamente ligada ao conceito de cuidado e educação em saúde. (BOEHS *et al.*, 2007).

O modelo biomédico consiste em um sistema cultural formado internamente por princípios, valores e crenças que entram em confronto com os aspectos externos (relações entre profissional-pacientes, equipe, gestão), sendo que após esse confronto são definidos os comportamentos esperados dos membros como uma forma de validar a sua cultura. O sistema biomédico parte do conhecimento objetivo da doença e posteriormente da prescrição de um tratamento. As evidências objetivas constroem a autoridade do saber médico, de modo que este considera negativa qualquer concepção de doença que não contemple a evidência científica. No processo de transformação da concepção em crença, o ponto de vista biomédico é legitimado, porém existe uma complexidade, quando a crença está baseada em uma ideia incongruente e quando ela é compartilhada por todos os membros de um grupo ou sociedade, resultando em uma validação coletiva. Dessa forma, percebe-se que todo o saber é influenciado pelos pensamentos, interpretações e compreensões individuais e coletivas, a partir das representações e conhecimentos

que estes indivíduos e coletividades detêm em uma determinada situação. Neste contexto, os profissionais de saúde entendem as diferenças individuais e culturais em relação às representações da doença variando conforme a cultura do sujeito, mas evidenciam enorme dificuldade em compreender a doença como cultural e social, enxergando apenas o aspecto biológico. (GERHARDT; RUIZ, 2015).

A cronicidade se constitui em um motivo de preocupação para os profissionais de saúde, em função das limitações causadas, pelas consequências do tratamento, pelo desgaste e sofrimento do sujeito e a estes aspectos soma-se ainda a organização dos recursos humanos e financeiros dos serviços públicos, que por motivos de grande demanda optam por elencar como prioridade as práticas curativas e de reabilitação. As ações preventivas e de promoção da saúde permanecem como segunda opção, e são desenvolvidas apenas quando há tempo e recursos humanos disponíveis para isso. (MARCON *et al.*, 2005).

As atuais mudanças no cenário da saúde têm instigado os profissionais de saúde a considerarem outros modelos de atenção, que não somente o biomédico, restrito a condições biológicas, pois identificou-se que, nas doenças crônicas, há necessidade de medidas que fortaleçam a adesão e o tratamento a longo prazo, como o vínculo e o autocuidado. Há um esforço crescente para valorizar e reconhecer a experiência e o conhecimento da pessoa sobre sua patologia, para que haja uma maior vinculação e uma compreensão mais ampla das questões envolvidas no autocuidado e no autocontrole. (BOEHS *et al.*, 2007; CYRINO, 2009).

A criação do vínculo poderá superar o modelo atual, verticalizado, onde o profissional é detentor do conhecimento e educa a pessoa, que não sabe nada sobre a sua doença. Faz-se necessário a elaboração de um modelo de cuidado onde haja uma relação horizontalizada, longitudinal, de modo que o profissional tenha a função de facilitador e apoiador, auxiliando os sujeitos a conviverem melhor com a sua condição. Não é admissível que a pessoa com doença crônica seja concebida como um sujeito não conhecedor da sua doença, pois esta, pelo contrário, é a maior conhecedora da sua patologia, pois convive com ela e se adapta diariamente. O conhecimento dos profissionais de saúde em relação a aspectos causadores da vulnerabilidade nos usuários, como o contexto social, condições de vida e de trabalho e relações familiares é fortalecedor da relação de vínculo entre

ambos, construindo o protagonismo do sujeito no processo de produção de saúde. (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004; HINO *et al.*, 2011).

O conceito de vulnerabilidade supera o caráter individualizante e probabilístico do risco ao determinar que a vulnerabilidade seja composta por um conjunto de fatores que vão além da esfera individual, compreendendo aspectos coletivos, contextuais que tornam os indivíduos susceptíveis a determinadas doenças ou agravos, além da disponibilidade ou carência de recursos de proteção. Deste modo, a Saúde Coletiva utiliza-se do conceito ampliado de vulnerabilidade, analisa as necessidades em saúde e incorpora práticas cujo foco é o cuidado ao indivíduo-coletivo. Essa visão ampliada em detrimento da visão biomédica restrita considera vulneráveis não apenas as pessoas com predisposição orgânica, determinados extratos sociais e econômicos, faixas etárias, mas o contexto onde esses sujeitos estão inseridos, os processos de vulnerabilização frente aos recursos e modos de vida que promovem ou restringem a vida dos indivíduos e comunidades. A vulnerabilidade tem importância também no contexto dos seus episódios, nos significados adquiridos e nas alternativas para reorientar o curso dos eventos, ou seja, nos graus de liberdade e autonomia dos sujeitos. A compreensão dessas vulnerabilidades pode contribuir para redimensionar o modelo de atenção às doenças crônicas, incorporando a meta do cuidado integral que contemple as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, sendo estas dimensões exaltadas pela promoção da saúde. Nesse contexto, as práticas educativas em saúde devem priorizar a construção do vínculo e o protagonismo dos sujeitos e seus familiares no autocuidado. (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; PORTO, 2011; CHAVES *et al.*, 2015).

2.2 Modelo de atenção às condições agudas e Modelo de atenção às condições crônicas

A situação de saúde da população brasileira vem se modificando no decorrer do tempo, e hoje se percebe uma transição demográfica acelerada e uma tripla carga de doenças (doenças infecciosas e carenciais, causas externas e condições crônicas). Essa situação não é respondida adequadamente por meio do sistema de atenção utilizado atualmente, pois este é fragmentado, reativo e episódico, ou seja,

é voltado apenas para responder aos eventos agudos e para os episódios de agudização das doenças crônicas. (MENDES, 2011).

Esse modelo de atenção mostrou-se pouco efetivo em diversos países, e no Brasil ocorre da mesma forma. A implementação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) surge com o intuito de organizar os sistemas de atenção de forma integrada, permitindo que estes respondam de forma efetiva, eficiente, segura, com qualidade e equidade às demandas de saúde da população brasileira. A implantação das RAS solicita mudanças no modelo de atenção utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) e demonstra a necessidade de novos e distintos modelos para o enfrentamento das doenças agudas e das doenças crônicas. Em outros países, são utilizados com êxito, diversos modelos de atenção que poderiam ser adaptados à realidade brasileira e serem também efetivos em nosso país. (MENDES, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que, historicamente, os eventos agudos, como doenças infecciosas e traumas são o alvo principal dos sistemas de atenção à saúde que se organizaram para isso. Os avanços da biomedicina e da saúde pública oportunizaram reduzir o impacto das doenças infecciosas na população, em contrapartida, as doenças crônicas vêm aumentando de forma alarmante sem resposta organizacional dos serviços de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Desta forma, os sujeitos acometidos por doenças crônicas são atendidos de acordo com este mesmo modelo, embora as pessoas com doenças crônicas necessitem de um tratamento diferenciado, porque a sua condição remete à longa duração, convívio com a doença e busca pela qualidade de vida. Para enfrentar o crescimento das doenças crônicas, é importante que os sistemas de atenção à saúde transponham o modelo atual. O tratamento de condições agudas será necessário esporadicamente no caso das pessoas com doenças crônicas, mas o sistema deve vislumbrar o tratamento de condições de saúde com longo prazo de duração. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam através de pontos de atenção isolados e não comunicantes entre si. Dessa forma, os mesmos não têm a capacidade de promover a integralidade e a longitudinalidade da atenção. A territorialização ainda é limitada e não há uma comunicação entre os setores de menor e maior densidade tecnológica. Em contraposição, as RAS são embasadas

na lógica de sistemas de saúde integrados, ou seja, são organizadas em pontos de atenção coordenados e como consequência oferecem um cuidado integral e contínuo aos sujeitos. Existem várias diferenças entre as características dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde, como pode ser visto no quadro abaixo. (MENDES, 2011).

Quadro 1 – Características do sistema fragmentado e da RAS

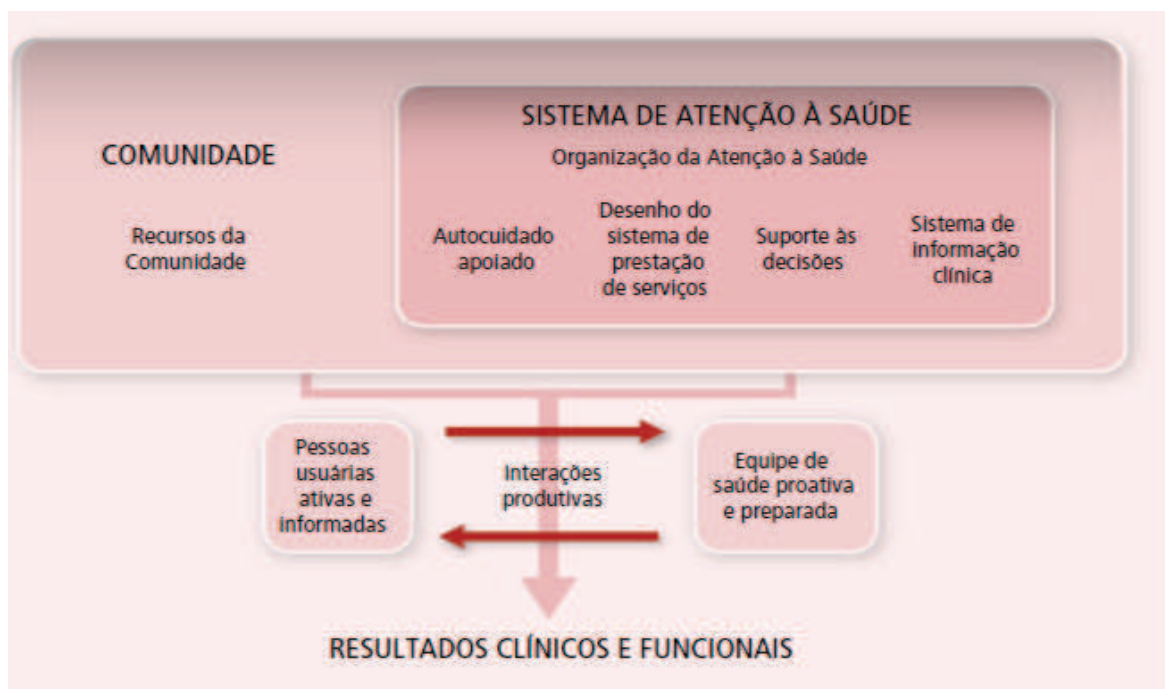
CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por pontos de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede
CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Polarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas

Fontes: MENDES (2001); FERNANDEZ (2004), *apud* MENDES (2011, p. 56-57).

2.2.1 Modelo de atenção crônica

O modelo de atenção crônica, traduzido do Chronic Care Model (CCM), foi elaborado nos Estados Unidos a partir de uma revisão bibliográfica sobre a gestão das doenças crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado num projeto piloto e posteriormente foi testado nacionalmente pelo programa Improving Chronic Illness Care. Em 2003, esse programa foi atualizado de acordo com nova revisão bibliográfica e nas experiências de sua implantação. Posteriormente, foram adicionados os seguintes novos aspectos ao CCM: segurança dos usuários, cultura, coordenação da atenção, recursos comunitários e gestão de caso. O modelo de atenção crônica está esquematizado na figura abaixo. (MENDES, 2011).

Figura 1 – Modelo de atenção crônica (CCM)



Fonte: WAGNER (1998), *apud* MENDES (2011, p. 221).

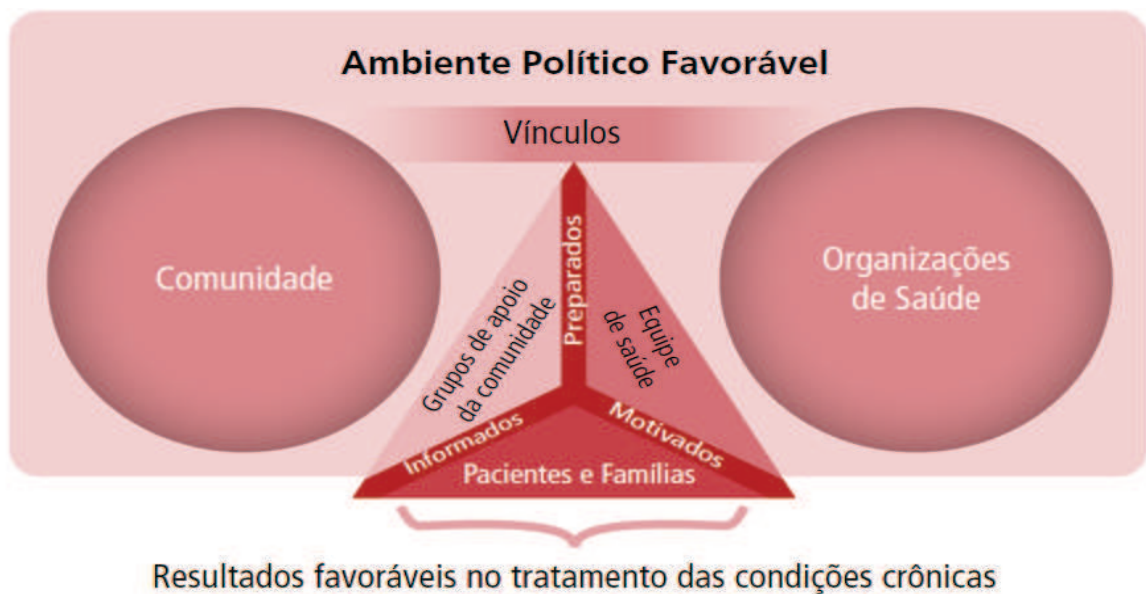
As mudanças nos serviços de saúde têm por meta a obtenção da efetividade e da eficiência na atenção à saúde e à construção do autocuidado apoiado através da educação em saúde. Esses resultados são alcançados devido ao claro entendimento dos papéis e funções dos diferentes profissionais de saúde, planejamento de instrumentos para suporte baseados em evidências científicas, gestão de caso, quando houver um sujeito com uma condição complexa e que

necessite de cuidados específicos, monitoramento regular das pessoas com doenças crônicas pelos serviços de saúde, atenção à saúde oferecida de acordo com as necessidades individuais e cultura do sujeito, além da provisão de informações adaptadas de acordo com a sua compreensão. (MENDES, 2011).

2.2.2 Modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas

O modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas (CICC) é uma extensão do modelo de atenção crônica, tendo como diferencial um contexto mais abrangente que inclui o sujeito, sua família, os serviços de saúde e a comunidade. Este modelo foi proposto em 2003 pela Organização Mundial da Saúde, sendo aplicado em vários países. Na figura abaixo, tem-se o modelo CICC esquematizado. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Figura 2 – O modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003), *apud* MENDES (2011, p. 232).

Os princípios norteadores do modelo CICC são os seguintes: tomada de decisão baseada em evidências científicas, enfoque na população, enfoque na prevenção, enfoque na qualidade, integração, flexibilidade/adaptabilidade. Além disso, propõe melhorar a atenção à saúde no nível micro (sujeitos e famílias), nível

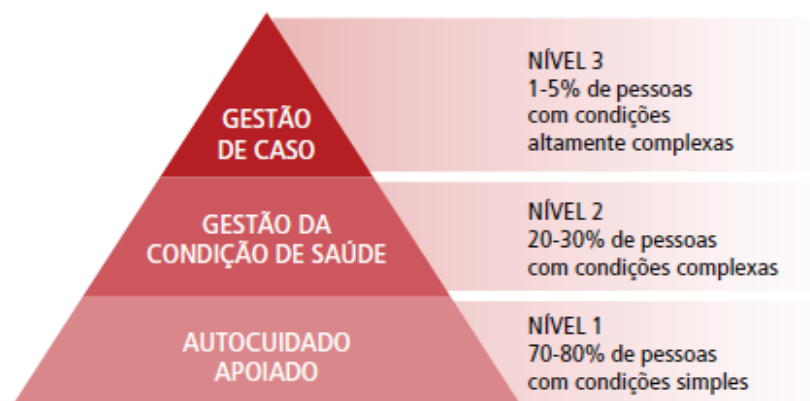
meso (organizações de saúde e comunidade) e nível macro (políticas de saúde). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O modelo CICC aponta oito elementos essenciais para aprimorar o sistema de saúde para as condições crônicas: apoiar uma mudança de paradigma, gerenciar o ambiente político, desenvolver um sistema de saúde integrado, alinhar políticas setoriais para a saúde, aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde, centralizar o tratamento na pessoa e na família, apoiar os sujeitos em suas comunidades, enfatizar a prevenção. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

2.2.3 O modelo da pirâmide de riscos

O modelo da pirâmide de riscos, conhecido também como modelo da Kaiser Permanente, foi desenvolvido por uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos. Este estratifica as pessoas com doenças crônicas em três níveis: o primeiro nível é representado pelos indivíduos com condições leves, com forte capacidade para o autocuidado e rede de apoio social, o segundo nível apresenta indivíduos em condições moderadas e o terceiro nível consiste nos usuários com condições severas e instáveis e baixa capacidade para o autocuidado. (MENDES, 2011).

Figura 3 – Modelo da pirâmide de riscos



Fontes: BENGOA (2008); PORTER e KELLOGG (2008), *apud* MENDES (2011, p. 238).

2.2.4 O modelo da determinação social da saúde

Os determinantes sociais da saúde são definidos como as condições sociais na dimensão da vivência e do trabalho, ou como as características sociais nas quais a vida ocorre e tem fundamental importância, pois influenciam fortemente as condições de saúde da população. (MENDES, 2011).

O modelo de Dahlgren e Whitehead organiza os determinantes sociais da saúde em camadas de acordo com a sua abrangência, de modo que a camada mais próxima apresenta os determinantes individuais e a camada mais distal os macrodeterminantes. O modelo enfatiza que os estilos de vida dos indivíduos estão envolvidos nas redes sociais e comunitárias, nas condições de vida e trabalho, finalmente interagindo num contexto mais abrangente, o das condições socioeconômicas, culturais e ambientais. (MENDES, 2011).

Na camada 1 estão os determinantes individuais, ou seja, o indivíduo com as suas características está no centro do modelo. Na camada 2 estão os comportamentos e os estilos de vida individuais; a camada 3 destaca a importância das redes sociais. Na camada 4 estão as condições de vida e de trabalho. Finalmente na camada 5 aparecem os macrodeterminantes como condições econômicas, culturais e ambientais. (MENDES, 2011).

Figura 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: DAHLGREN e WHITEHEAD (1991), *apud* MENDES (2011, p. 248).

2.2.5 Modelo de atenção às condições crônicas

Com base no modelo de determinação social da saúde, no modelo da atenção crônica, nas relações estabelecidas entre as equipes de saúde e os usuários e na singularidade do sistema público de atenção à saúde no Brasil, Eugênio Villaça Mendes desenvolveu um modelo de atenção voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS), denominado modelo de atenção às condições crônicas (MACC). (MENDES, 2011).

As variáveis do CCM incorporadas no MACC são as seguintes: diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, sistema de identificação dos usuários, estratificação da população por riscos, registro dos usuários por condições de saúde e riscos, prontuários eletrônicos, sistema de acesso regulado, continuidade da atenção, provisão de cuidados primários, secundários e terciários de forma integrada, integralidade, provisão de cuidados voltados à promoção, prevenção, reabilitação, cura e paliativismo, plano de cuidado individual, autocuidado apoiado, instrumentos para gestão da clínica, gestão das condições de saúde e gestão de caso, atenção primária em saúde (APS) como coordenadora das RAS, suporte especializado a APS, educação permanente dos profissionais, educação em saúde das pessoas, união do sistema de atenção à saúde com a comunidade. Este modelo está estruturado em cinco níveis e três componentes integrados: a população, o foco das intervenções e os tipos de intervenção. (MENDES, 2011).

Figura 5 – Modelo de atenção às condições crônicas



Fonte: MENDES (2007), *apud* MENDES (2011, p. 246).

No nível 1, trabalha-se com a população total com foco nos determinantes sociais intermediários, como condições de vida e de trabalho, acesso aos serviços e redes sociais e comunitárias, propondo intervenções de promoção da saúde. No nível 2, trabalha-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco com foco nos determinantes sociais proximais ligados a comportamentos e estilos de vida, propondo intervenções de prevenção das condições de saúde. No nível 3, opera-se com pessoas com condições crônicas de baixo ou médio risco ou subpopulação com fatores de risco biopsicológicos, propondo ações de autocuidado apoiado e assistência realizada por meio da atenção básica. No nível 4, opera-se com subpopulações de alto ou muito alto risco, propondo ações de autocuidado apoiado e necessitando de atendimento especializado. No nível 5, opera-se com subpopulações com condições crônicas muito complexas, propondo intervenções realizadas através da gestão de caso e planos de cuidado personalizados. (BRASIL, 2013).

Um estudo realizado com profissionais de saúde da atenção primária, analisou a assistência prestada as pessoas com diabetes na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas (MACC), evidenciando que a implementação do MACC representa um grande desafio necessitando que os profissionais de saúde e os gestores estejam capacitados para trabalhar com os sujeitos e receptivos para romperem com o modelo biomédico. Os resultados apontaram que a assistência não estava baseada na integralidade das ações tão importante ao cuidado das pessoas com doenças crônicas, mas sim centrada no modelo biomédico. Percebeu-se uma desarticulação dos profissionais da ESF com os sujeitos, familiares e comunidade e por fim, ausência de estratégias para a implementação de políticas públicas para a assistência a pessoa com diabetes. (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

A assistência a pessoa com diabetes era realizada coletivamente por meio de grupos, porém era centrada na consulta médica, de curta duração, tendo como principais atividades a entrega de receitas e a solicitação de exames laboratoriais. Não havia um planejamento das atividades dos profissionais de saúde que contemplassem as necessidades do sujeito. Dessa forma, o acolhimento e o vínculo ficavam prejudicados e tinha-se como resultado a falta de detecção precoce da patologia e de suas complicações, além da falta de um atendimento sistematizado ao sujeito. Na maioria das vezes o indivíduo começava a ser acompanhado a partir

de uma complicação da patologia. No atendimento ao grupo não havia um espaço para que os sujeitos pudessem dialogar sobre outras condições que não fossem sua patologia, caso houvesse necessidade tinham que marcar uma nova consulta para essa finalidade. A atenção desenvolvida pela equipe da ESF era baseada no cuidado médico sem promover o trabalho multidisciplinar, de modo que os enfermeiros nem se envolviam neste atendimento e no acompanhamento sistematizado, com o objetivo de prevenir e reduzir as complicações da patologia. As atividades educativas não eram realizadas ou eram realizadas de forma parcial. Foi evidenciado também a falta de envolvimento dos profissionais da saúde com os sujeitos, familiares e contexto social, apenas os agentes comunitários de saúde (ACS) citaram essa relação. (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

A motivação, fator importante para o autocuidado, foi percebida pelos profissionais como distante do almejado, pois, nos encontros do grupo, os sujeitos estavam passivos e não havia qualquer interação entre eles ou com os profissionais. Outro aspecto importante abordado foi a falta de conhecimento sobre a diabetes, a maioria dos profissionais demonstrava dificuldade de atuação, especialmente quanto às práticas educativas. No âmbito da gestão, muitos gestores não possuíam experiência prévia apresentando dificuldades na atuação e cumprimento das políticas públicas. Além disso, não havia estratégias para orientação da comunidade quanto à diabetes. (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Os profissionais de saúde embasavam suas práticas de assistência na sua experiência própria e não em diretrizes do Ministério da Saúde. Quanto as RAS, estas não eram uma realidade no município, de modo que possuíam fragilidades e desconexões entre os diversos pontos. Os profissionais de saúde não contavam com uma equipe de referência e apoio para os casos mais complexos, além disso, os encaminhamentos eram dificultosos. (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

2.3 Linhas de cuidado e Itinerários terapêuticos

O local de estudo compreende o município de Sapucaia do Sul. O município não trabalha com coordenadores da linha de cuidado. A articulação com as equipes de saúde e dispositivos da rede, a fim de que o cuidado de saúde seja efetivado, é feita por meio do apoio institucional. Apesar de não ter uma linha de cuidado

instituída, o município trabalha com base nas determinações do Caderno de Atenção Básica número 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Para esta pesquisa interessa conhecer o itinerário terapêutico dos sujeitos.

A linha de cuidado expressa os fluxos assistenciais percorridos pelo usuário na busca pela atenção às suas necessidades de saúde, sendo definida como o itinerário que o usuário traça dentro de uma rede de atenção à saúde, abrangendo não apenas os segmentos inseridos no sistema de saúde, mas também comunidade e assistência social. O projeto terapêutico aciona ou dispara a linha de cuidado, compreendendo os atos assistenciais elaborados para resolver um problema de saúde específico do usuário, baseado em uma avaliação de risco. Esse risco que o usuário está sujeito pode ser clínico, social, econômico, ambiental ou afetivo, de modo que o profissional necessita ter um olhar integral sobre o usuário e ponderar todos esses aspectos. A partir da definição do risco, o projeto terapêutico é elaborado e o profissional de saúde orienta o usuário na procura dos recursos necessários na rede de saúde. (FRANCO; FRANCO, 2017).

A diabetes implica em negociações em relação ao cuidado no contexto familiar e dos serviços de saúde. Essa doença crônica, muitas vezes, exige a reorganização na rotina familiar com redefinição de papéis e responsabilidades, rearranjo nos recursos de saúde e formas de acesso, de modo que as trajetórias e os itinerários terapêuticos sejam momentos dinâmicos. Ao desenvolver o projeto terapêutico desse sujeito é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos ao apoio familiar que possui função central no cuidado. A lógica do processo terapêutico preconiza que o sujeito necessita de um acompanhamento singular, para que encontre espaços de reconhecimento e segurança, a fim de que se torne seguro e produtivo em relação à sua subjetividade. (CASTELLANOS *et al.*, 2016; MIRANDA, 2004).

Percebe-se, atualmente, que os conceitos de linha de cuidado e itinerário terapêutico têm sido considerados numa perspectiva fragmentada e limitada à simples descrição do percurso de uma pessoa na busca por atenção à saúde, seja essa busca através do tradicional sistema de saúde, ou por outras vias mais inovadoras como o autocuidado, uso de chás e religiosidade. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

O ato de traçar o itinerário terapêutico de um usuário favorece o entendimento das múltiplas facetas que formam este ser no decorrer dos períodos de adoecimento, tratamento e cura e que exercem influência nas suas escolhas e comportamentos referentes à sua condição crônica. Essas trajetórias nos diversos sistemas de cuidado partem de escolhas individuais que têm sentido nas redes de apoio ao longo da experiência de adoecimento. Essa experiência acaba por ser o motivador na busca por uma prática terapêutica em um sistema de cuidado. Enquanto a linha de cuidado parte da perspectiva do gestor e do profissional da saúde o itinerário terapêutico parte da perspectiva do usuário. O processo de adoecimento consiste num fenômeno construído por meio da experimentação do mundo e da percepção de saúde e doença, além disso, é entremeado pelos itinerários terapêuticos, que compreendem as experiências dos sujeitos e a produção de sentido para o cuidado. Essa complexidade do adoecimento demanda um enfrentamento abrangente, não centrado somente na doença e na assistência prestada nos serviços de saúde, mas que contemple a subjetividade e o contexto social dos sujeitos. (SANCHES *et al.*, 2016; RUIZ; GERHARDT, 2016).

Os itinerários terapêuticos são os caminhos percorridos pela pessoa frente a uma determinada condição de saúde e possibilitam a compreensão do processo de adoecimento e da busca por cuidado, bem como revelam a interpretação e o significado da experiência de adoecer para o sujeito e seus familiares. O modelo biomédico apresenta limitações frente às necessidades de saúde da população, demonstrando a importância das análises sobre o contexto dos indivíduos e as suas relações, objetivando compreender o complexo processo de adoecimento e a eficiência das ações terapêuticas. Nesse contexto, o olhar mais abrangente permite a construção de um paradigma que embasa saberes e práticas coerentes com a integralidade. (MOREIRA; BOSI; SOARES, 2016; LOFEGO; SILVEIRA, 2016).

Os processos de conhecimento e apreensão dos itinerários terapêuticos são circundados por momentos de reflexão e interpretação que destacam a construção dos itinerários terapêuticos, bem como das linhas de cuidado e projetos terapêuticos alicerçados no diálogo e na subjetividade. A intersubjetividade apresentada em cada novo encontro delimitado por diferentes contextos e decisões abrangendo os mais diversos sujeitos determina a dinâmica desse processo. Esses encontros ultrapassam a esfera biológica e técnica do cuidado, tão familiar ao profissional de

saúde, alcançando uma dimensão relacional e simbólica, tornando-se um desafio para os profissionais. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016; RUIZ; GERHARDT, 2016).

Dessa forma, para que não haja a redução das linhas de cuidado a simples fluxos e percursos assistenciais, resultados de protocolos e diretrizes clínicas, assim como a redução dos itinerários terapêuticos a singelos guias para a construção das linhas de cuidado direcionadas a patologias, faz-se necessário o entendimento dos itinerários terapêuticos como uma oportunidade de captar, de forma sensível, as relações que se desenrolam nesse ambiente e que são ricamente perpassadas por perspectivas individuais sobre saúde, doença e bem estar. Essa sensibilidade é imprescindível também na execução das práticas de saúde e criação dos projetos terapêuticos, de modo que, finalmente, seja possível a articulação entre os conhecimentos acerca dos itinerários terapêuticos e, posteriormente, ocorra a elaboração da Linha de Cuidado Integral em Saúde. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Percebe-se que a articulação entre os itinerários terapêuticos e as linhas de cuidado não poderá ocorrer simplesmente através da técnica, mas sim abrangendo as diversas dimensões implicadas, incorporando estas no conhecimento e apropriação dos itinerários; finalmente, na elaboração dos projetos resultando na interação efetiva entre os diferentes atores envolvidos (usuários, profissionais e gestores). (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Esse caminho para o conhecimento do percurso dos sujeitos na busca por ações de saúde e construção de propostas de cuidado não é descomplicado, mas sim desafiante para os profissionais de saúde, pois preconiza a oferta de um cuidado além do baseado em diretrizes e verticalizado, representando assim, uma proposta a todos os atores envolvidos, para que estes busquem a inovação e valorizem as experiências que priorizem o cuidado como iniciativa e como objetivo final. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Com isso, o grande estímulo é o estabelecimento de uma nova proposta centrada na prevenção e promoção da saúde, valorizando o vínculo e a responsabilização entre profissionais e usuários, distanciando-se da lógica centrada em procedimentos. Essa nova proposta favorece a autonomia do usuário, disponibilizando informações que terão influência na tomada de decisões mais

conscientes sobre a sua condição de saúde, melhorando a qualidade de vida do sujeito e tornando-o gestor do seu cuidado. O cuidado integral é realizado com base no acolhimento, construção do vínculo e responsabilização. (MALTA et al., 2004; MALTA; MERHY, 2010; FRANCO; FRANCO, 2017).

O vínculo compreende uma ferramenta que favorece a troca entre os saberes científico e popular, o científico e o senso comum, o objetivo e o subjetivo, direcionando-os para a realização de uma assistência coerente com as particularidades individuais e coletivas favorecendo a integralidade. Santos *et al.*, (2008) evidenciaram em sua pesquisa, que um fato presente nas narrativas foi a construção de sujeitos autônomos após o estabelecimento do vínculo. O vínculo possui a capacidade de produzir sujeitos ativos nas suas decisões, sendo o dispositivo que encaminha sujeitos e profissionais para a descoberta de suas potencialidades, porque promove a troca de experiências e favorece a construção de atos terapêuticos com corresponsabilização.

A falta do vínculo reflete-se nos usuários pelo não seguimento das orientações e leva os profissionais a culpar os sujeitos, fatos estes que demonstram a dificuldade no estabelecimento do vínculo. As práticas dos profissionais precisam ser pensadas e desenvolvidas não apenas como uma resposta à demanda, mas estimulando a criação do vínculo, de modo que o sujeito sinta-se motivado para implantar mudanças no seu estilo de vida. (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Nesse sentido, destaca-se a importância de os gestores estimularem a criação do vínculo entre o profissional e o usuário, definindo e monitorando certos grupos de risco como hipertensos e diabéticos, estimulando os usuários a criarem um vínculo com um cuidador, sendo esta relação estabelecida através de ações de cuidado fundamentadas em tecnologias de leve impacto. Sugere-se que cada profissional seja responsável por determinados usuários, desenvolvendo um plano terapêutico coerente com as suas necessidades de saúde, motivando a participação em grupos de educação em saúde, acompanhando e monitorando continuamente esses usuários em situação de risco. (MALTA; MERHY, 2010).

A implementação de uma linha de cuidado para as doenças crônicas é explicada pela magnitude, morbidade, custos e por resumir-se a condições crônicas contínuas com a possibilidade da ocorrência de eventos agudos. Se não houver um cuidado adequado, esses eventos agudos podem ser analisados como resultantes

da fragmentação da linha de cuidado, servindo como sentinelas. (MALTA; MERHY, 2010).

Um elemento chave na perspectiva da linha de cuidado é o fortalecimento do usuário com suas necessidades e experiências, para que este tenha a capacidade de cuidar de si. Este autocuidado vai muito além daquele autocuidado esperado para os portadores de DCNT, motivando o empoderamento, suas escolhas e suas opções. A autonomia é essencial para fortalecer as escolhas adequadas que irão resultar em melhor qualidade de vida. Por esse motivo, é necessário revisar as estratégias de trabalho de grupo e de educação em saúde que vêm sendo utilizadas nas redes de saúde, pois estas utilizam métodos retrógrados que não contribuem de forma alguma com os resultados almejados. (MALTA; MERHY, 2010).

A linha de cuidado centrada nas necessidades do usuário exige a presença de um cuidador, o uso de tecnologias leves, um plano terapêutico personalizado, uma rede de serviços que forneça suporte às ações, o acesso aos recursos assistenciais, atuação nos determinantes sociais e no processo de regulação. Dessa forma, uma abordagem que enfatiza a promoção da saúde deve atentar para: fatores de risco, doenças existentes, educação em saúde e motivação à mudança nos hábitos de vida, iniciativas para facilitar a adesão à medicação, ações multidisciplinares coordenadas entre si, desenvolvimento do empoderamento e da autonomia do usuário. A ação cuidadora exige a responsabilização dos gestores e equipes de saúde almejando a prática integral, de modo a não ocorrer a interrupção ou a fragmentação do cuidado, fato este resultante de um sistema de saúde que atue de forma coerente e coordenada em todos os pontos de assistência à saúde. (MALTA; MERHY, 2010).

2.4 Educação em saúde de pessoas em condições crônicas: abordagens inovadoras

A transformação das atuais práticas de saúde emolduradas na divisão do trabalho, na normatização de tarefas e conseqüentemente na fragmentação da assistência à saúde é uma tarefa complexa. A construção dos recursos humanos precisa embasar-se no modelo biopsicossocial de saúde, nas práticas interdisciplinares e multidisciplinares, ou seja, planejar e executar o serviço de saúde

de modo que a assistência esteja pautada na intersetorialidade, na integralidade e na longitudinalidade. Uma ferramenta importante para que estes objetivos sejam alcançados é a educação permanente dos profissionais de saúde, essa capacitação permite a estruturação destes como promotores da saúde. (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

Finalmente, para moldar um novo modelo de assistência à saúde da pessoa com doença crônica é imprescindível remodelar a formação dos profissionais da rede de saúde, considerar o empoderamento como base para a prática do cuidado, porque este possui a função de promotor da saúde dentro de uma visão intersetorial e interdisciplinar. Atualmente, é necessário que o cuidado em saúde esteja a cada dia mais embasado nas abordagens inovadoras fortalecedoras do autocuidado e que estas sejam condizentes com a realidade e a demanda da população. Aponta-se ainda a exigência de investimentos para garantir a implementação destas iniciativas, primordialmente favorecendo o acesso igualitário a essas tecnologias. (TOSSIN *et al.*, 2016).

Para o desenvolvimento da promoção da saúde é fundamental o preparo e a capacitação dos sujeitos para o cuidado de si, resultado conseguido através de práticas educativas. A educação em saúde é uma estratégia básica para a promoção da saúde da população, sendo embasada na autonomia do sujeito e resultando no desenvolvimento do autocuidado. A hegemonia dos profissionais formados na área da saúde determina o cenário das ações de promoção, incluindo neste espaço os saberes, as práticas e as intencionalidades. Sendo assim, a aspiração de inovações no âmbito da promoção da saúde torna-se um processo complexo, pois para garantir a execução das novas iniciativas é fundamental investir em mudanças na formação destes profissionais, fortalecendo nestes a perspectiva do trabalho na promoção da saúde. (OLIVEIRA, 2011).

No cenário da educação em saúde que enfatiza o autocuidado, houve poucas mudanças a partir das inovações planejadas pela promoção da saúde. Mesmo com os avanços planejados, a educação em saúde permanece normalmente centrada na doença, com práticas educativas autoritárias, fruto de uma relação verticalizada entre profissional e usuário, saberes considerados úteis apenas pela concepção dos profissionais e construídos a partir de critérios puramente técnicos, sem contemplar o usuário integralmente. Nas áreas de ensino do autocuidado, muitas vezes, perde-

se a oportunidade de ouvir e considerar os saberes e experiências do sujeito. A construção do autocuidado e da autonomia para o cuidado de si acabam sendo embasados por saberes técnicos e definições tendenciosas sobre os conceitos e implicações da saúde, autonomia e autocuidado. (OLIVEIRA, 2011).

Silocchi e Junges (2017) evidenciaram que as atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde na ESF estavam restritas a atividades semanais realizadas por diversos profissionais de saúde. As práticas educativas resumiam-se na realização de grupos específicos, nos quais eram discutidos assuntos como reeducação alimentar e atividade física ou grupos não específicos, com tópicos mais amplos como grupo de vida saudável e ação para crônicos. Após a realização do grupo focal, percebeu-se que as atividades coletivas, na realidade, consistiam em verificação da pressão arterial e glicemia e orientações de saúde através de palestras, cartazes e vídeos. As atividades coletivas das equipes não estavam baseadas no cuidado personalizado, mas sim nas metodologias tradicionais de transmissão do conhecimento. Esse método era ineficaz e as equipes percebiam isso. A ineficácia desta metodologia foi percebida quando os profissionais afirmaram que os grupos tinham baixa adesão e os usuários mostravam-se desmotivados. Um dos fatores que dificultou o cuidado personalizado foi a grande demanda por procedimentos no serviço de saúde. Os profissionais apenas faziam a renovação da receita, sem um momento para questionamentos e orientações, e a consulta estava centrada em modelos prescritivos e autoritários. Os profissionais de saúde relataram a necessidade de superar essa prática direcionada pela demanda, com o objetivo de recuperar a relação entre profissional e usuário, buscando o estabelecimento do vínculo.

Os grupos de educação em saúde representam um espaço facilitador da construção de saberes sobre saúde, pois permitem o acréscimo de conhecimentos científicos, profissionais e populares. Por meio do entendimento dos saberes populares, os profissionais valorizam a experiência e o contexto dos sujeitos. (SILVA *et al.*, 2014).

Soares *et al.* (2009), destacaram os aspectos que direcionaram as pessoas com doenças crônicas aos grupos de educação em saúde: controle da doença, acesso à medicação, maior facilidade de atendimento, compartilhar e aprender, proximidade do domicílio e expectativa pela presença do médico.

A educação em saúde é fundamentada em dois modelos: tradicional e dialógico. O modelo tradicional está baseado nas práticas educativas transmitidas pela equipe de saúde, é priorizado o conhecimento técnico e científico, sendo o profissional o detentor do conhecimento e o usuário um simples local de depósito deste. Atualmente, este modelo tradicional é muito criticado, mas poucas iniciativas têm sido desenvolvidas para mudar essa situação. O modelo dialógico incentiva a construção do saber através do diálogo, sendo que profissional e usuário têm participação ativa no processo de aprendizagem que é pautado pela reflexão crítica da realidade. A aplicação dos critérios do modelo dialógico representa um desafio aos serviços de saúde, em função de que os profissionais muitas vezes não sabem da sua existência e não são capacitados para executá-lo. Finalmente, deve-se considerar o contexto de trabalho quanto à aplicação destes modelos, tornando-os complementares e não concorrentes. (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2010).

Conforme Roecker e Marcon (2011a), há evidências de que no cotidiano das ações educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF, existe uma mistura entre as ações vinculadas ao modelo tradicional e ao modelo dialógico, o que pode ser explicado pela complexidade do modelo dialógico, bem como pelas dificuldades e barreiras que precisam ser vencidas visando pôr a inovação em prática.

Diante do exposto, destaca-se que a construção do saber em saúde é influenciada pelas informações científicas disponibilizadas ao sujeito principalmente por meio do grupo de educação em saúde. Entretanto, é no ambiente social que estas informações adquirem significado através do saber popular, que é fundamentado pelas experiências de vida e as percepções do sujeito quanto ao processo saúde-doença. Dessa forma, constata-se que as mesmas práticas educativas têm repercussões diferentes em cada sujeito, sendo executadas e entendidas de formas diversas. Todos os momentos da interação profissional-usuário têm potencial para o desenvolvimento de ações educativas por meio do diálogo. Para que estas iniciativas sejam efetivas é fundamental a valorização dos seguintes aspectos: comunicação, informação, educação em saúde e escuta qualificada. (SILVA *et al.*, 2014; SALCI *et al.*, 2013).

É pertinente destacar que as práticas educativas perpassam o ambiente dos serviços de saúde e alcançam os domicílios da população. A prevenção desenvolvida pelas ações educativas normalmente não é o motivo que leva as

peças com doenças crônicas ao serviço de saúde. É imprescindível que os profissionais utilizem esses outros momentos para a educação em saúde objetivando a redução de danos, melhora na qualidade de vida e resolução dos problemas. Entretanto, para que a ESF consiga fortalecer as práticas educativas, é necessário seguir dois aspectos: conhecer os indivíduos atingidos pelas ações de saúde, conhecê-los em sua totalidade: cultura, crenças, hábitos de vida, papéis familiares e sociais e o contexto em que vivem. O segundo aspecto diz respeito ao envolvimento dos sujeitos nas ações de saúde, de forma a não impor a sua participação, mas sim promovê-la conscientizando-os da importância do cuidado à saúde, valorizando a busca ao serviço para a promoção da saúde e não apenas no momento da doença. (ROECKER; MARCON, 2011b).

A educação em saúde, quando implementada muito tarde, possivelmente não incida na prevenção dos problemas. Entretanto, pode contribuir para que os usuários entendam a importância da mesma e do cuidado, para que conquistem uma melhora na qualidade de vida. Contudo, quando o processo de doença já está avançado, as ações educativas atuam no controle e prevenção dos danos, reduzindo as suas limitações. O resultado positivo de uma prática educativa motiva o profissional de saúde e desperta confiança no sujeito, refletindo na maior adesão às propostas sugeridas. (ROECKER; MARCON, 2011b).

No contexto das inovações propostas para o trabalho dos profissionais da ESF, evidencia-se a implementação da promoção à saúde, balizada pela realização de ações de educação e diálogo, norteadas ao incentivo à modificação de comportamentos, hábitos e estilos de vida. Isso acontece por meio da participação ativa das equipes de saúde de forma intersetorial, intervindo sobre os determinantes sociais que incidem na qualidade de vida dos usuários. (MEDINA *et al.*, 2014).

As práticas educativas em saúde seguem na lógica da transmissão de um conhecimento especializado que os profissionais detêm e transmitem para os sujeitos que são leigos, cujo saber é desvalorizado nesse processo de transmissão. Com isso, os profissionais consideram que para a aprendizagem do sujeito, ele terá que desaprender sobre vários aspectos aprendidos no contexto de sua vida. Nesse contexto as formas de viver são apontadas como certas ou erradas, são o resultado da ignorância ou do domínio de um certo conhecimento. Com isso, a educação passa a ser concebida e exercitada como um mero processo de instrução passiva e

verticalizada para o sujeito, resultando no exercício do poder sobre a saúde. Esse processo de educação objetiva a mudança de comportamentos individuais, a partir das decisões informadas sobre saúde em um contexto onde a comunicação é baseada na racionalidade. Seguindo por essa linha, os projetos de educação em saúde reconhecem que a falta de saúde é um problema solucionado individual ou coletivamente pela transmissão de informações técnicas e científicas adequadas e/ou da disposição dos sujeitos expostos a determinados agravos. Quanto a essas estratégias de educação centradas na mudança de comportamentos é necessário refletir sobre o conteúdo da informação comunicada. O maior desafio não está na qualificação das técnicas de transmissão, mas sim na avaliação de que a existência da informação científica nas mensagens recebidas é necessária e suficiente para aumentar a competência e a liberdade de decisão dos sujeitos. Desta forma, no cotidiano das práticas de saúde o conhecimento científico é um fator que perpassa a vida dos sujeitos tendo significado de acordo com as suas experiências e construindo um novo conhecimento. (MEYER *et al.*, 2006).

Favoreto e Cabral (2009), evidenciaram que o compartilhamento de saberes entre as pessoas de um grupo de educação em saúde e destas com os profissionais de saúde, foi extremamente positivo. Os indivíduos entendiam que essa troca de experiências boas ou ruins, relacionadas a vida e ao adoecer, com outros participantes com os quais, por algum motivo, identificavam-se, auxiliava-os a entenderem suas próprias questões. Ao se perceberem capazes de explicar e interpretar os problemas de outras pessoas, eles mesmos passavam a valorizar a sua experiência de vida e os saberes que desenvolveram, mas que são menosprezados pelo saber médico.

Por conseguinte, esse espaço dialógico e de construção de novas narrativas sobre o adoecer favorece a junção entre o saber técnico e o saber prático. Mediante a escuta ativa, os profissionais neste momento se propunham a valorizar aspectos do adoecimento trazidos pela pessoa com doença crônica como sofrimentos, medos, limitações, dúvidas e perspectivas. Quando esses aspectos são discutidos e valorizados pelo profissional, possibilita-se a construção de novos significados para os sujeitos adoecidos e a ampliação da autonomia. O diálogo entre os sujeitos favorece a formação de uma rede de apoio, sendo que esta produz uma narrativa que torna o adoecer e o cuidado partes da vida cotidiana das pessoas e não apenas

uma limitação. A convivência neste espaço de apoio estimula a transformação de experiências individuais em experiências coletivas. (FAVORETO; CABRAL, 2009).

O Ministério da Saúde incentivou, por meio das Estratégias de Saúde da Família (ESF), a criação de grupos de educação em saúde para as pessoas com hipertensão e diabetes. Esses grupos têm por objetivo a valorização das ações educativas caracterizadas pela construção conjunta entre profissionais e usuários de saberes, diálogos, participação ativa e prezam pelo desenvolvimento de conhecimentos que extrapolem o aspecto biológico, e sejam mais abrangentes envolvendo as questões subjetivas do usuário. Com isso, percebemos que essas ações educativas são de vital importância, sendo necessária a sensibilização e a divulgação dessas estratégias, bem como a clareza no público alvo e nas informações repassadas. É fundamental que as informações veiculadas por meio dos grupos de educação em saúde sejam adaptadas ao contexto do público almejado. (MENDONÇA; NUNES, 2014).

O Hiperdia é definido como um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos atendidos na rede ambulatorial do SUS, que permite gerar informações para aquisição e distribuição de medicamentos a todos os usuários cadastrados. Tem por objetivo orientar os gestores na implementação de estratégias de intervenção e conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população. Tem como funcionalidades cadastrar e acompanhar a situação das pessoas com hipertensão e diabetes em todo o país, gerar informações essenciais para os gestores, disponibilizar informações de acesso público e enviar dados ao CadSUS (Sistema de cadastramento de usuários do SUS). (DATASUS, 2018).

Os grupos Hiperdia são dispositivos terapêuticos, onde se realizam ações de educação em saúde, seguimento clínico, fornecimento de medicação, controles periódicos e atendimento de intercorrências, sendo que tais ações devem ser dirigidas ao indivíduo. Uma pesquisa anterior evidenciou que os usuários do grupo Hiperdia utilizavam essa atividade como um facilitador para driblar as dificuldades de acesso ao serviço de saúde, onde os participantes faziam isso por meio das relações de vínculo e amizade com os profissionais de saúde, especialmente com a médica. Em relação às orientações transmitidas pelos profissionais de saúde, os usuários interpretavam e encontravam saídas próprias condizentes com a sua vida

particular, tais interpretações se evidenciavam pela utilização dos termos medir, ver e saber, o que possibilitava medidas para o enfrentamento das alterações glicêmicas, exageros alimentares e medicação. Os participantes salientaram a importância do grupo na vivência com o diabetes, destacando que compartilhar saberes e experiências permite identificar-se com outros sujeitos que vivem situações semelhantes. Desta forma, os problemas individuais se tornam problemas comuns, aliviam a solidão e o isolamento, oferecem a possibilidade de pensar em novas perspectivas, melhoram a autopercepção e o relacionamento familiar e com os profissionais de saúde. Os significados discutidos no grupo Hiperdia podem direcionar as ações dos profissionais que trabalham com essas populações, tendo como base a observação do universo cultural do sujeito que procura o serviço de saúde. (MELO; CAMPOS, 2014).

O grupo de educação em saúde torna-se um espaço motivador para que a pessoa com doença crônica participe das ações educativas, favorecendo a sua autonomia e corresponsabilidade quanto as suas condições de saúde. Um estudo anterior revelou que o número de estratégias educativas participativas, infelizmente ainda é inferior ao de estratégias educativas tradicionais. Evidenciou-se que os seguintes fatores proporcionam o desenvolvimento de estratégias participativas: a valorização do saber popular, avaliações constantes quanto ao processo de trabalho no grupo. Além disso, observou-se que os materiais construídos e assuntos abordados tinham maior qualidade, quando eram arquitetados por equipes multiprofissionais, fato este que promove criatividade e maior participação por parte do usuário. Diante destes fatos, é possível afirmar que a participação ativa do usuário e o trabalho multiprofissional são pilares básicos para tornar os grupos de educação em saúde como espaços compartilhados de troca de experiência e produção de conhecimentos. (MENDONÇA; NUNES, 2014).

De acordo com Costa e Rodrigues (2010), há evidências de avanços na utilização das ações de promoção à saúde por meio dos grupos. Por outro lado, apontam intervenções negativas causadas pela cultura biologicista e o poder médico, a formação dos profissionais que é especialmente curativa e enfatiza em menor quantidade as ações promotoras, as necessidades e urgências da população que normalmente busca atendimento clínico e não educação em saúde, o caráter

assistencial dos serviços de saúde e a grande demanda que dificulta o oferecimento de ações educativas.

O trabalho em grupo oportuniza ao profissional da saúde agir como um facilitador com a função de estimular as pessoas com doenças crônicas a buscarem alternativas para o enfrentamento de suas condições particulares e também quanto aos problemas vivenciados pelo coletivo da comunidade onde vivem. Essa percepção da comunidade favorece a consciência crítica dos indivíduos quanto ao seu meio social e condições de vida e saúde. De forma que, integrados, os indivíduos têm maior poder para organizar e executar ações de mudança em sua comunidade. (COSTA; RODRIGUES, 2010).

As experiências inovadoras de cuidado correspondem a práticas que almejam a quebra do paradigma biomédico, ou seja, são práticas diferenciadas como arte e atividade física, que rotineiramente não ocorrem nos serviços de saúde. Os profissionais de saúde atribuem um novo significado a estas ações, com o intuito de contemplar situações que ocorrem no seu cotidiano. Deste modo as experiências inovadoras são invenções pensadas para um contexto específico, embasadas na criatividade e no envolvimento dos profissionais, escapando da rotina, burocracia e protocolo do serviço de saúde. (UCHÔA, 2009).

2.4.1 Grupo de caminhada

No município de São Paulo em 2007, teve início um grupo de caminhada de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), incentivado pela necessidade de desenvolver atividades voltadas aos adultos com doenças crônicas degenerativas, hipertensos, doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes. A motivação para esta atividade surgiu em virtude da alta prevalência dessas patologias no território. A sugestão do uso desta prática diferenciada manifestou-se após a constatação de que os grupos educativos voltados às patologias não estavam obtendo o êxito esperado. Por isso, apontou-se a necessidade de novas estratégias para a educação em saúde em grupos. O grupo de caminhada é orientado pela promoção da saúde e visa à melhora da qualidade de vida da população por meio da incorporação de hábitos de vida saudáveis e sociabilidade. (WARSCHAUER; D'URSO, 2009).

A experiência do grupo de caminhada proporciona momentos ricos de promoção à saúde como passeios, palestras, debates, oficinas de alimentação saudável e encontros. Além disso, também oferece a possibilidade de interação e sociabilidade entre os integrantes. Pode-se afirmar com isso que esta prática ultrapassa a mera função da atividade física e favorece a formação de vínculos entre as pessoas, a comunidade e a UBS. Através do grupo de caminhada é possível dar sentido e significado à atividade e assim facilitar a adesão. (WARSCHAUER; D'URSO, 2009).

O que vemos atualmente nos serviços de saúde são ações planejadas por alguns profissionais da equipe e pelos gestores, de modo que não há uma participação efetiva de todos os profissionais da equipe e dos usuários do serviço. Dessa forma, os executores e os beneficiados por essas ações não têm participação no processo de desenvolvimento, fato este que prejudica o alcance das reais necessidades de saúde da população. (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

Essa iniciativa demonstrou que a criação de grupos heterogêneos compostos por indivíduos com diferentes idades, patologias e necessidades oportuniza um espaço para reflexão, saber e debate sobre os mais variados assuntos proporcionando a troca de experiências e o cuidado entre os sujeitos. (WARSCHAUER; D'URSO, 2009).

2.4.2 Grupo de convivência

A educação em grupo proporciona a reflexão dos sujeitos sobre as suas realidades e suas necessidades, desenvolvimento de suas potencialidades e a busca através do coletivo da resolução das suas condições de saúde de modo mais consciente e eficaz. A estratégia do grupo de convivência possibilita as seguintes vantagens ao sujeito: conhecimento e troca de experiências com pessoas na mesma condição de saúde, sentimentos vivenciados e vivência com a doença experienciada por outras pessoas. O grupo consiste numa estratégia mais adequada quando o resultado esperado é o aprofundamento do conhecimento e a mudança de comportamento. O trabalho educativo em grupo oportuniza o compartilhamento e a troca de experiência no âmbito dos cuidados de saúde entre os diversos atores. Em contrapartida, esta medida favorece tanto as potencialidades individuais quanto as

grupais, amplia a visão de recursos disponíveis para a atenção à saúde e motiva os usuários no enfrentamento de sua doença crônica, bem como na procura por novas alternativas. Desta forma, o grupo de convivência proporciona a compreensão da doença tanto no nível clínico quanto no nível da vivência com a doença. (SOUZA; SILVA, 2007).

A educação em saúde na modalidade grupal é muito complexa e permeada por diversos fatores. O processo de educar deve iniciar com o pressuposto de que algo é ensinado e apreendido e de que esse processo é desenvolvido por dois atores: o profissional de saúde que atua como facilitador e o usuário que apreende o saber. O facilitador precisa compreender que no caminho da aprendizagem ele também é um aprendiz, pois adquire saber através do conhecimento do usuário. Nesse contexto, o apreender não consiste num verbo passivo, pois para ambos os atores (profissionais e usuários) há um contínuo movimento de segurar, apreender, compreender, assimilar, agarrar o conhecimento. (KERKOSKI, *et al.*, 2007).

2.4.3 Grupo de alimentação saudável

A nutrição adequada é um fator importante tanto na prevenção como no tratamento de diversas patologias, sobretudo nas doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes. Por isso, é primordial atualmente a avaliação dos hábitos alimentares da população. Para avaliar a qualidade de vida da população faz-se necessário estar atento ao conhecimento dos padrões alimentares e da relação causa-efeito entre a alimentação e as doenças. (FELIPPE *et al.*, 2011).

Ao adentrar na educação nutricional, o profissional de saúde deve levar em conta não apenas o processo educativo, mas também os aspectos econômicos e culturais das pessoas com doenças crônicas. Ocorre então a criação de grupos embasados nos conceitos da promoção da alimentação saudável, nos quais a esfera nutricional consiste num dos pilares para a promoção da saúde, apontando a importância da educação nutricional e alimentar nesse contexto. A educação alimentar surge como uma estratégia para a construção do saber que posteriormente irá auxiliar na tomada de decisão dos indivíduos que anteriormente eram apenas culpabilizados por suas escolhas. (RAMALHO; SAUNDERS, 2000; SANTOS, 2005).

O trabalho em grupo pode proporcionar a ruptura do modelo verticalizado, onde o profissional é o detentor do saber e o sujeito é o ator passivo que recebe esse conhecimento. Esta estratégia facilita a exposição das necessidades, angústias e circunstâncias que incidem na vida das pessoas com doenças crônicas e trazem impactos à saúde individual e grupal. (SOUZA *et al.*, 2005).

2.4.4 Grupo de tabagismo

A atenção primária, enquanto instância promotora da saúde, tem promovido escassas, mas importantes iniciativas voltadas para o combate ao tabagismo. Um estudo anterior revelou que a participação em grupos de apoio foi entendida como positiva entre os membros, pois fornece juntamente com a família e aos amigos, suporte aos sujeitos que desejam abandonar o tabaco. Através do relato desses sujeitos é possível afirmar que a estratégia de formação de grupos terapêuticos na Atenção Primária é uma medida factível e que pode resultar em êxito, com o auxílio de uma equipe multiprofissional capacitada e associada ou não ao uso de medicamentos. Finalmente, destaca-se a necessidade da organização dos serviços de saúde com a finalidade de atender os tabagistas com uma abordagem mais integral, vislumbrando o seu contexto, pretendendo alcançar um controle mais efetivo do tabagismo. (VELOSO *et al.*, 2011).

Os diversos atores, profissionais, sociais e familiares têm a obrigação de se envolver na atenção à saúde do tabagista, devido à complexidade desta situação. O apoio e a capacidade das equipes de saúde estimulam a interrupção do uso da substância e servem como motivadores para que o usuário permaneça vinculado ao serviço de saúde, tenha continuidade no tratamento e possa usufruir dos benefícios advindos do abandono do tabaco. (LUCCHESI *et al.*, 2013).

2.4.5 Práticas integrativas e complementares (PICS)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS atende a necessidade de conhecimento, apoio, incorporação e implementação de experiências como medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia. Essas experiências têm ocorrido

na rede pública estadual e municipal, mas sem diretrizes específicas, de modo desigual e descontinuado, sem o fornecimento dos insumos adequados e sem acompanhamento e avaliação. (BRASIL, 2006).

A diretriz atua nos campos de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, sustentada pela humanização e integralidade. Além disso, atenta para a necessidade de perceber o indivíduo de modo integral, considerando sua singularidade nos processos de adoecimento e saúde, direcionando-se para a integralidade da atenção à saúde e integração das ações e serviços no SUS. Essas abordagens contribuem com a corresponsabilização dos usuários em relação a sua saúde. (BRASIL, 2006).

No Brasil, atualmente são oferecidas 29 PICS no SUS: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, medicina tradicional chinesa – acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, plantas medicinais – fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia, yoga. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

2.4.6 Espiritualidade, religiosidade, saberes e práticas populares

A espiritualidade/religiosidade tem sido um tema frequente nas pesquisas, porque acredita-se que este fator tem uma influência positiva na percepção do bem-estar da população. Essas pesquisas conceituam os indivíduos como seres integrais, formados pela esfera biológica, social e psicológica. Além disso, essa concepção ultrapassa o modelo biomédico que objetiva o processo saúde-doença apenas no espaço físico e possui uma visão mecanicista e fragmentada do sujeito. A Política de Humanização foi criada com a missão de excluir essa fragmentação da atenção e do cuidado. Essa política objetiva a integralidade no atendimento ao usuário, considerando todas as dimensões do processo saúde-doença, inclusive a dimensão da subjetividade. Nessa perspectiva, a espiritualidade, por ser uma manifestação da subjetividade, também merece espaço quando se trata de humanização do atendimento. (ALVES; JUNGES; LOPEZ, 2010).

A religiosidade pode ser incorporada no atendimento de saúde favorecendo o processo de cura e de recuperação e funcionando como uma ferramenta terapêutica. Para que isso aconteça é necessário que os profissionais busquem compreender os significados da religiosidade na subjetividade dos usuários, fortalecendo a humanização e a integralidade dos cuidados. O atendimento integral e humanizado ao usuário, que contemple a sua espiritualidade/religiosidade produz saúde e reflete no sujeito pela valorização de suas experiências, crenças e história de vida. (ALVES; JUNGES; LOPEZ, 2010).

Junges *et al.* (2011), demonstraram a relação dos profissionais de saúde com os saberes populares dos usuários. Verificou-se a sobreposição dos saberes populares exemplificados pelo sujeito que não realiza o tratamento convencional e visto como adequado pelo profissional, mas por outro lado utiliza tratamentos alternativos que ele acredita satisfazerem suas necessidades e que fazem parte do seu universo.

Também constatou-se a sobreposição dos saberes científicos que é evidenciada pelo fato dos profissionais de saúde não compreenderem o significado e a importância que estas práticas alternativas têm sobre a vida do sujeito. Dessa forma, o profissional de saúde adquire uma resistência quanto ao entendimento do motivo que leva o sujeito a escolher a prática popular que tem um significado para si, em detrimento da prática científica, convencional. Como exemplos dessas práticas alternativas podemos citar: benzedeiros, curandeiras, chás. (JUNGES *et al.*, 2011).

Conflitos entre a cultura dos profissionais e a cultura dos usuários são constantes, pois mesmo que os profissionais aceitem as contribuições do saber popular, não estão capacitados para conviver com essa dimensão do sujeito, apresentando sentimentos de desvalorização por este fato, sendo que, a adesão do usuário ao tratamento não ocorre, na verdade, porque a proposta não condiz com as suas crenças e representações, e não por culpa ou ineficiência do profissional. Esses confrontos ocorrem devido às diferentes perspectivas de profissionais e usuários. O profissional possui uma formação normatizadora e opta por desmerecer o saber popular, já o usuário é concebido como um sujeito passivo e suas percepções e representações individuais sobre o processo saúde-doença não são percebidas. (JUNGES *et al.*, 2011).

Nesse sentido a ESF que produz ações desverticalizadas, visualizando o usuário na perspectiva biopsicossocial, exige que os profissionais de saúde posicionem-se de forma adequada em relação às percepções e representações que a comunidade constrói quanto à saúde e doença. Essa adequação favorece e fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, pois o cuidado dispensado é personalizado e adaptado às necessidades individuais do usuário; além disso, o sujeito é visto e atendido na sua totalidade. (JUNGES *et al.*, 2011).

Os conhecimentos populares devem ser utilizados como estratégias complementares ao conhecimento científico, culminando nas ações de promoção e prevenção da saúde elaboradas de acordo com a perspectiva da comunidade. A valorização das crenças e práticas do sujeito faz com que este se sinta corresponsável pelo seu tratamento. Esse entendimento favorece uma maior qualidade de vida e saúde integral. Considerando-se os saberes populares de forma complementar é possível promover um encontro entre os dois conhecimentos, o que resulta na produção da saúde na comunidade. (JUNGES *et al.*, 2011).

Amthauer (2017), evidenciou que ao refletir sobre as práticas educativas em saúde, pode-se perceber que há uma valorização do saber científico e uma desvalorização do saber popular, de modo que a assistência à saúde se direciona mais para as demandas dos serviços e dos profissionais do que para os problemas de saúde da população. Com isso, pode-se afirmar que para legitimar as ações de educação em saúde é necessário tornar os sujeitos protagonistas nesse processo, participantes ativos da produção de saúde e conhecimento, agregando o saber científico e o saber popular, trabalhando com o conhecimento coletivo e o conhecimento das crenças e valores culturais e sociais, ofertando uma assistência qualificada, resolutiva e efetiva ao sujeito.

2.4.7 Rede de apoio familiar

No sistema familiar são exercidas as atividades de apoio afetivo, socializador e cuidado. A troca de informações entre a pessoa com doença crônica e o familiar torna este espaço redutor de dúvidas quanto às questões de saúde. A confiança e o vínculo construído entre o sujeito e os familiares oportuniza a discussão dos problemas e a busca de soluções. Normalmente, os familiares estão presentes nas

consultas de rotina e nos momentos de agudização da doença e auxiliam no controle da dieta e na supervisão dos medicamentos. (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Outro aspecto importante fundamenta-se no fato da cronicidade exigir uma mudança no estilo de vida, mudança essa que acaba sendo ampliada para toda a família, por vezes até com alteração nos papéis e nas rotinas familiares e, conseqüentemente, maior responsabilização do familiar sobre o sujeito. Concluimos com isso, que um familiar com hipertensão ou diabetes pode ser um desencadeador de mudanças bruscas na organização da família, causando desequilíbrio. Nesse caso, a equipe de saúde atua no auxílio quanto à convivência da família com essa nova situação, posteriormente facilitando a adesão ao tratamento e à modificação dos hábitos de vida. (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

A equipe de saúde precisa reconhecer a família como participante ativa no cuidado a pessoa com doença crônica, criando laços e proporcionado espaço para o acolhimento, a escuta e a construção compartilhada do cuidado, além do fortalecimento da rede de apoio social, aspecto primordial no enfrentamento da doença crônica. O processo de cuidar de uma pessoa com doença crônica é complexo e demanda muita energia, o que pode vir a causar uma sobrecarga do cuidador familiar, com conseqüente exposição ao adoecimento ou agravamento de condições existentes. Nesse caso, a equipe de saúde também deve estar atenta à saúde do cuidador, oferecendo apoio e buscando alternativas para esta situação. (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011; SARAIVA *et al.*, 2007).

2.4.8 Rede de apoio social

A rede de apoio social é identificada como uma alternativa de apoio formada por pessoas que convivem na mesma comunidade que a pessoa com doença crônica, como amigos, vizinhos, parentes, companheiros de igreja, serviços de saúde e colegas de trabalho, oferecendo diferentes formas de apoio em diferentes situações. O apoio social é definido como um processo de interação, onde é estabelecido um vínculo mútuo e oferecido suporte afetivo ou material. É caracterizado por um processo de troca de experiências entre as pessoas, comprovadamente com um resultado positivo sobre o bem-estar, produzindo saúde,

além disso, facilita a adaptação dos indivíduos nas situações produzidas pela doença. O apoio social é formado por três esferas: emocional, material e educacional. (MARCON *et al.*, 2009; SILVA; SCHIMIZU, 2007).

As redes sociais são muito importantes, especialmente para os profissionais de ESF, tendo a função de apoio para estes profissionais em momentos complexos, favorecendo a resolução dos problemas. A rede busca a perspectiva integral do sujeito, oferecendo ações de apoio coerentes com as suas necessidades. No outro extremo, a rede de apoio constituída pelas profissionais, em virtude do saber científico, também é fundamental atuando na resolução de dúvidas ou no enfrentamento de sintomas físicos das pessoas com doenças crônicas durante o processo saúde-doença. (MARCON *et al.*, 2009; FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Nessa direção é perceptível a relevância da atuação e empenho de toda a equipe multiprofissional, representados conjuntamente como educadores e apoiadores, tanto a pessoa com doença crônica como ao seu familiar. É imprescindível que estes profissionais conheçam as experiências e vivências do usuário, de forma a priorizar as demandas individuais e não somente executar protocolos terapêuticos. A equipe deve sempre valorizar a subjetividade do sujeito, pois a não valorização pode causar consequências negativas como: não adesão ao tratamento, falta de motivação, dificuldades no autocuidado, hábitos prejudiciais à saúde, falta de vínculo com a equipe. É de fundamental importância que os profissionais de saúde desenvolvam ações conjuntas com a família e comunidade, promovendo a participação ativa dos sujeitos e a sensibilização e motivação para o autocuidado e promoção da saúde. (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo será um recorte do projeto desenvolvido pelo grupo de pesquisa Vulnerabilidades em Saúde e Bioética do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unisinos. Esse projeto maior tem como pesquisador responsável o Dr. José Roque Junges, sendo intitulado: Problemas e Desafios Éticos das Redes de Atenção à Saúde no acompanhamento de doentes crônicos: estudo cartográfico.

A pesquisa parte do resultado central da pesquisa anterior [...] que apontou a fragmentação da rede e a respectiva vulnerabilidade programática como categoria explicativa dos problemas éticos. Esse contexto de vulneração atinge principalmente pessoas acometidas por condições crônicas. O objetivo da pesquisa atual é discutir os problemas e desafios éticos da rede de atenção à saúde no acompanhamento das linhas de cuidado dos doentes crônicos. (JUNGES, 2016, p. 1).

A metodologia utilizada no estudo será a cartografia, que possui duplo sentido: pesquisa e intervenção. Por um lado, como conhecimento, que não se limita a descrever ou classificar objetos, mas que busca desenhar o seu constante processo de produção. Quanto à intervenção, de modo que, acessar o plano de forças, por si só consiste em habitá-lo, sendo que os atos dos cartógrafos participam e intervêm nas mudanças. A intervenção se realiza pelo descobrimento da experiência que trata o sujeito e o objeto, a teoria e a prática, ao mesmo tempo que produz, também faz emergir o plano da experiência. A cartografia visa delinear esse plano de experiência e investigar os efeitos sobre o objeto, o pesquisador e o conhecimento. Trata-se de uma pesquisa-intervenção no sentido de tentar revelar o processo de autocuidado da pessoa com diabetes, com natureza qualitativa, não havendo a separação de pesquisador-pesquisado, sendo, portanto uma produção de conhecimento intersubjetiva. Esse método exige a dissolução do ponto de vista do observador almejando o uso de um olhar que não realize a fragmentação objetivo e subjetivo, e o produto do conhecimento não é algo pré-existente e sim uma realidade a ser construída de forma coletiva. Esse processo afeta os participantes e desencadeia mudanças. (PASSOS; BARROS, 2015; ESCÓSSIA; TEDESCO, 2015; PASSOS; EIRADO, 2015).

A cartografia consiste num método que prioriza o acompanhamento de processos e não a representação de objetos. Em contraposição à ciência moderna, a cartografia não pretende isolar o objeto da sua história e do seu contexto. O objetivo da cartografia é justamente delimitar a rede com a qual este objeto está conectado, atentando para suas alterações e movimentações constantes. (BARROS; KASTRUP, 2015).

A palavra processo pode ser entendida em dois sentidos distintos: processamento e processualidade. O processamento é definido como a construção do conhecimento através da teoria da informação. Neste sentido a pesquisa é definida e executada como coleta e análise de dados, e as informações devem ser processadas mediante regras do método. Em contrapartida, a processualidade é a base da cartografia, de modo que, quando tem início uma pesquisa que objetiva a investigação dos processos de produção da subjetividade, concomitantemente já existe um processo ocorrendo. Nessa perspectiva, afirmamos que o cartógrafo está sempre no meio de pulsações, iniciando a pesquisa pelo meio, pois o momento presente já é o resultado de uma história anterior. (BARROS; KASTRUP, 2015).

“A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados”. (PASSOS; BARROS, 2015, p. 17).

Esse método opera pela transversalidade, pois considera o plano onde a realidade se comunica, representando o acompanhamento desse plano ou de suas linhas, sendo que o desenho desse plano se dá transversalmente. (PASSOS; BARROS, 2015).

3.2 Sujeitos de pesquisa

O coletivo da pesquisa será formado por cerca de 10 pessoas com diabetes, de ambos os sexos, diagnosticadas há pelo menos 10 anos, que participam de grupos/atividades referentes a abordagens inovadoras demonstrando autonomia e capacidade comunicativa.

O tempo de diagnóstico de 10 anos foi determinado pela possibilidade que o paciente, neste período, já estivesse adaptado à doença, convivendo com ela e

gerenciando o seu cuidado. O estudo de Alencar *et al.*, (2013) realizado com adolescentes diabéticos do Ceará, evidenciou que este público, com o passar do tempo, foi construindo o seu autocuidado por meio da adaptação às necessidades do tratamento, incorporação no cotidiano das mudanças referentes ao manejo e cuidado e percepção da patologia como normal e da possibilidade de conviver com ela.

3.3 Local da pesquisa

A investigação será realizada no domicílio das pessoas com doenças crônicas residentes no município de Sapucaia do Sul/RS. O município possuía, no último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, uma área total de 58,309 km², população total de 130.957 pessoas e densidade demográfica de 2.245,91 hab/km². O índice de desenvolvimento humano no ano de 2010 foi de 0,726 e a mortalidade infantil de 8,45 por mil nascidos vivos em 2014. Quanto à expectativa de vida, esta era de 75,7 anos em 2010, a extrema pobreza 1,27% e o nível de desigualdade de 0,44% neste mesmo ano. (IBGE, 2010).

Em Sapucaia do Sul a rede municipal de saúde é estruturada por atenção básica, atenção secundária, Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas e coordenação de vigilância em saúde. A atenção básica é formada por 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 21 Estratégias Saúde da Família (ESF), Programa de atenção domiciliar – melhor em casa e o Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) que atua em 09 das ESF. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL, 2018).

3.4 Procedimentos da coleta de dados

A pesquisadora irá até a Secretaria de Saúde do município de Sapucaia do Sul e explicará a pesquisa aos apoiadores institucionais, solicitando que estes lhe forneçam um documento de aprovação para a realização da pesquisa. A Secretaria da Saúde, por meio dos apoiadores institucionais, indicará as ESF que realizam abordagens inovadoras no cuidado de pessoas com doenças crônicas no município. A partir disto a pesquisadora participará das reuniões na ESF no dia em que houver

um grupo que realize algum tipo de abordagem inovadora, com isso, explicará o estudo as pessoas com doenças crônicas e questionará quem está interessado em participar voluntariamente. A pesquisadora irá participar de vários desses grupos de abordagens inovadoras até que obtenha o número de participantes necessários. Caso o número de participantes surgidos mediante a realização do grupo não seja suficiente para a pesquisa, será solicitado as pessoas com doenças crônicas que indiquem outro indivíduo conhecido com a mesma questão de cronicidade. Após a disponibilização voluntária para a participação, será pedido o contato e endereço da pessoa com doença crônica para marcar a primeira entrevista na sua residência.

Na residência do paciente haverá a explicação sobre a pesquisa, a assinatura do termo de consentimento e a realização de uma entrevista semi-estruturada, em profundidade, com duração de cerca de 60 minutos e gravada. Os temas abordados na entrevista serão a vivência da pessoa com doença crônica com a sua condição, sua vivência com as abordagens inovadoras, seu itinerário terapêutico, seu vínculo com o profissional de saúde e a construção do autocuidado. Juntamente com as entrevistas será elaborado um diário de campo com as impressões do entrevistador. Ao final do processo, as entrevistas gravadas serão transcritas na íntegra, o mapa dos vínculos dos usuários será traçado e, principalmente, será investigado o processo de construção da subjetividade em relação às abordagens inovadoras.

A cartografia está baseada no plano comum, isto é, naquilo que todos participantes na pesquisa partilham. Assim, garantir a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa significa tornar o objeto protagonista no processo de produção de conhecimento, permitindo uma construção coletiva do conhecimento. Em outras palavras, o cartógrafo tem que superar o papel de observador e tornar-se participante do processo de produção dos dados na processualidade. (KASTRUP; PASSOS, 2016).

A cartografia é pesquisa intervenção participativa, porque não mantém a relação de oposição entre pesquisador e pesquisado tomados como realidades previamente dadas, mas desmancha esses polos para assegurar sua relação de coprodução ou coemergência. (KASTRUP e PASSOS 2016, p. 27).

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Os dados serão coletados mediante entrevista semi-estruturada. O roteiro da entrevista possuirá perguntas norteadoras abertas, podendo surgir outros questionamentos interessantes e também favorecendo que os sujeitos tenham maior liberdade para expor o seu ponto de vista e sua percepção. O tempo será de cerca de 60 minutos e se realizará no domicílio do paciente em data e horário combinados previamente.

A realidade a ser estudada é formada por processos e não apenas objetos. Neste caso, a entrevista visa acompanhar o movimento, os momentos de ruptura e mudanças expressos na narrativa do participante. A cartografia é habilitada não apenas para acompanhar processos, mas também para intervir nestes, provocando mudanças, rupturas que são interessantes para o pesquisador. Por fim, o principal objetivo da entrevista é pesquisar a experiência, definida como o local onde os processos analisados realmente ocorrem. (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016).

3.6 Análise de dados

Na visão da ciência moderna, a pesquisa é constituída pelas etapas: coleta, análise e discussão de dados, ocorrendo de forma consecutiva e separadamente. Na cartografia, isso não acontece, pois este método consiste de etapas que se sucedem, mas ao mesmo tempo não se separam. Com isso, há um movimento contínuo, cada momento traz consigo o momento anterior e permanece no próximo momento. Dessa forma, o objeto-processo de pesquisa exige a presença contínua da processualidade em todas as etapas: coleta, análise, discussão de dados e na escrita dos textos. (BARROS; KASTRUP, 2015).

O método cartográfico útil para descrever processos, mais do que estado de coisas, nos indica um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada aparece em sua composição de linhas. É pela desestabilização das formas, pela sua abertura (análise) que um plano de composição da realidade pode ser acessado e acompanhado. Trata-se de um plano genético que a cartografia desenha ao mesmo tempo em que gera, conferindo ao trabalho da pesquisa seu caráter de intervenção. (PASSOS; EIRADO, 2015, p. 109).

O processo de pesquisa promove uma intervenção que faz surgir realidades que não estavam à espera de uma observação. A cartografia não lida com dados, mas gera efeitos. O conhecimento a ser produzido e compartilhado na cartografia abrange a experiência em sua totalidade tanto na objetividade quanto na subjetividade. A análise compreende revelar as relações que constituem uma realidade onde o pesquisador está imbricado. (BARROS; BARROS, 2016).

Nesta fase, as entrevistas gravadas serão transcritas na íntegra, será traçado um mapa do itinerário terapêutico da pessoa com doença crônica e, prioritariamente, a pesquisadora vai analisar o processo de construção da subjetividade da pessoa com doença crônica dentro do contexto da realização da abordagem inovadora.

3.7 Aspectos éticos

Será solicitada a Secretaria Municipal da Saúde uma carta de anuência para a realização da pesquisa. Após a obtenção deste documento, o projeto será inserido na Plataforma Brasil para posterior análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos. Será elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, após serem aprovados e carimbados pelo Comitê, serão apresentados as pessoas com doenças crônicas para orientação, aceitação e assinatura em duas vias, ficando uma em poder do paciente e outra da pesquisadora. A pesquisa só poderá iniciar após a obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética.

O estudo respeitará as diretrizes da Resolução N. 466, de 12 de Dezembro de 2012 que considera o respeito à dignidade humana e proteção de vida aos participantes de pesquisas científicas com seres humanos. A pesquisa acarretará riscos mínimos aos participantes, na esfera psicológica, relacionados ao fato de refletirem e relatarem sobre sua condição crônica. Quanto aos benefícios possibilitará aos sujeitos um momento de reflexão e relato sobre sua condição com um profissional da saúde, além da reflexão sobre questões relacionadas à experiência com as abordagens inovadoras, ao autocuidado e ao vínculo.

4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a realização do estudo, os resultados da pesquisa serão divulgados pelos seguintes meios:

- Apresentação dos resultados preliminares e finais da pesquisa em eventos;
- Produção de artigo científico para publicação na revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação;
- Apresentação dos resultados finais a Secretaria de Saúde de Sapucaia do Sul;
- Disponibilização do artigo científico impresso aos demais interessados.

6 ORÇAMENTO

Descrição do material	Valor unitário (R\$)	Quantidade	Valor Total (R\$)
Gravador digital	300,00	1 un	300,00
Folhas A4	15,00	4 pctes	60,00
Canetas	25,00	1 cx	25,00
Cartucho de tinta preta	25,00	4 un	100,00
Pastas	2,00	15 un	30,00
Fotocópias	0,25	500	125,00
Total	-	-	640,00

Fonte: Elaborado pela autora.

OBS: Os custos referentes ao orçamento acima são de inteira responsabilidade do pesquisador.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Delmo de Carvalho et al. Sentidos de adolescentes com Diabetes Mellitus frente ao processo de viver com a doença. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 479-84, jul/ago, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a03.pdf>

ALVES, Joseane de Souza; JUNGES, José Roque; LÓPEZ, Laura Cecília. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina M. **Significação e metáforas na experiência da enfermidade**. In: RABELO, Miriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. (Orgs.) Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 171-185.

AMTHAUER, Camila. A educação popular e a fusão dos diferentes saberes nas práticas educativas em saúde. **Revista enfermagem UFPE**, v. 11 (Supl. 1), p. 438-441, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13573/16369>

AZEVEDO, Amaralina Rodrigues; DUQUE, Kristiane de Castro Dias. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista APS**, v. 19, n. 3, p. 403-411, jul/set, 2016. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2538/1017>

BARROS, Letícia Maria Renault de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Pista da análise. O problema da análise em pesquisa cartográfica**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2016, pp. 175-202.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. **Cartografar é acompanhar processos**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Líliana da. (Orgs.) Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2015, pp. 52-75.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **As representações sociais e a experiência com o Diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BOEHS, Astrid Eggert et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BURILLE, Andréia. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade**. Dissertação mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49719/000851144.pdf>

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. **Entre ressacas e marolas: um olhar para os itinerários terapêuticos e redes sociais de homens em situação de adoecimento crônico**. In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni;

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016, pp. 375-390.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Maria de. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/AUTONOMIA%20E%20SA%C3%9ADE%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/AUTONOMIA%20E%20SA%C3%9ADE%20(3).pdf)

CANESQUI, Ana Maria. **Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTELLANOS, Marcelo E. P. et al. **Acessibilidade, experiência de enfermidade e itinerário terapêutico de diabéticos: percepções de moradores e profissionais de saúde de um distrito sanitário de Salvador, Bahia**. In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016, pp. 391-404.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2009, pp. 117-130

CHAVES, Anna Carolina dos Santos et al. Evidência e análise de vulnerabilidades de pessoas com diabetes mellitus: potencialidades para o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 5, p. 692-698, set/out, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18416/15620>

CYRINO, Antonio Pithon. **Entre a ciência e a experiência. Uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

COSTA, Rafaela Cristina; RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Revista APS**, v. 13, n. 4, p. 465-475, 2010. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/836/392>

DATASUS. **Hiperdia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

ESCÓSSIA, Liliansa da; TEDESCO, Sílvia. **O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliansa da. (Orgs.) *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2015, pp. 92-108.

FAQUINELLO, Paula; MARCON, Sonia Silva; WAIDMANN, Maria Angélica Pagliarini. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 849-865, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267022214007.pdf>

FARIA, Ana Paula Silva de. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com Diabetes Mellitus**. Dissertação mestrado – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, 2007. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/a-experiencia-de-adoecimento-e-a-busca-por-cuidado-empreendida-pela-pessoa-com-diabetes-mellitus-\[104-020210-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/a-experiencia-de-adoecimento-e-a-busca-por-cuidado-empreendida-pela-pessoa-com-diabetes-mellitus-[104-020210-SES-MT].pdf)

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; CABRAL, Cristiane Coelho. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface**, v. 13, n. 28, p. 7-18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a02.pdf>

FELIPPE, Flavia et al. Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Revista Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 833-844, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/03v24n6.pdf>

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; NETO, João Felício Rodrigues; LEITE, Máisa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde:[revisão]. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019595020.pdf>

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. **Secretaria da Saúde de São Paulo**, 2017. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf

GERHARDT, Tatiana Engel; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato. **Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura.** In: PINHEIRO, Roseni; GERHARDT, Tatiana Engel; JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva; DI LEO, Pablo Francisco; PONCE, Marisa; VENTURIELLO, María Pía. (Orgs.) *Cultura do cuidado e o cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul.* Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2015, pp. 255-270.

HINO, Paula et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Revista Esc Enfermagem USP**, v. 45, n. Esp. 2, p. 1656-60, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/03.pdf>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sapucaia do Sul. Censo 2010. População, Economia, Saúde e Território.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/sapucaia-do-sul/panorama>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

JUNGES, José Roque. **Projeto de Pesquisa: Problemas e desafios éticos das redes de atenção à saúde no acompanhamento de doentes crônicos: estudo cartográfico.** Programa de pós-graduação de Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, 2016-2018.

JUNGES, José Roque et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, v. 11, p. 4327-4335, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a05v16n11.pdf>

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. **Pista do comum. Cartografias é traçar um plano comum.** In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.* Porto Alegre: Ed Sulina, 2016, pp. 15-41.

KERKOSKI, Edilaine et al. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Texto & contexto enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 225-232, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a03v16n2>

LOFEGO, Juliana; SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. **A metodologia MARES e a experiência na análise das redes de solidariedade no processo de desinstitucionalização em Saúde Mental no Acre.** In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016, pp. 237-253.

LUCCHESI, Roselma et al. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 918-926, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Roselma_Lucchese/publication/262628313_Operative_group_technology_applied_to_Tobacco_control_program/links/5597dae708ae21086d23026d.pdf

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510>

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, suppl. 2, p. 3-16, dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>

MARCON, Sônia Silva et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto contexto enfermagem**, v. 14, n. esp, p. 116-124, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Magda_Oliveira2/publication/26603033_Vivencia_e_reflexoes_de_um_grupo_de_estudos_junto_as_familias_que_enfrentam_a_situacao_cronica_de_saude/links/0deec5332a50142c6d000000.pdf

MARCON, Sonia Silva et al. Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 31-39, 2009. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9715/5528>

MATTOS, Magda de; MARUYAMA, Sônia Ayako Tao. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Rev. eletrônica enferm**, v. 11, n. 4, p. 971-981, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a23.pdf>

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 69-82, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>

MELO, Lucas Pereira de; CAMPOS, Edemilson Antunes de. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 980-987, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00980.pdf

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. saúde colet.**, v. 22, n. 2, p. 200-204, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00200.pdf>

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=praticas_integrativas

MIRANDA, Lilian. **Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas**. Campinas, 2004. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Projeto-Terapeutico-Individual.pdf>

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; SOARES, Camila Alves. **Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico**. In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO,

Roseni; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016, pp. 223-236.

NERY, Adriana Alves et al. Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 397-402, jul/set, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>

OLIVEIRA, Dora Lúcia Liedens Corrêa de. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 185-188, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30561/000776881.pdf?sequence=1>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.) *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2015, pp. 17-31.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André do. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.) *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2015, pp. 109-130.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL. ESF Fortuna. Disponível em: <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/prefeitura-inaugura-posto-de-saude-no-bairro-fortuna-2/>. Acesso em: 16 jul. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL. **Estrutura Rede Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/a-prefeitura/secretaria-municipal-de-saude/>. Acesso em: 11 de julho de 2018.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 93, p. 31-58, Jun. 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/133#text>

RAMALHO, Rejane Andréa; SAUNDERS, Cláudia. O papel da educação nutricional a educação nutricional no combate às carências nutricionais te às carências nutricionais. **Revista Nutrição**, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7918>

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 2011a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4>

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Investig Educ Enferm**, v. 29, n. 3, p. 381-389, 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a06.pdf>

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; GERHARDT, Tatiana Engel. **Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”**. In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016, pp. 185-201.

SÁ, Paulo Henrique Vilela Oliveira de; CURY, Geraldo Cunha; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 545-558, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00117.pdf>

SALCI, Maria Aparecida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25:e2882, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf

SANCHES, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doença renal crônica e suas famílias. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 4, p. 708-715, out/dez 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/34529/18469>

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista Nutrição**, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/2314/1/v22n3a10.pdf>

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6189.pdf>

SAPUCAIA DO SUL. In: GOOGLE MAPS. Mapa geral de Sapucaia: Google, 2018. Disponível em: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1SWoFEN5CwPbA_LL0GtA5BIsMh6A&ll=-29.826153038041017%2C-51.1353881&z=13. Acesso em: 16 jul. 2018.

SAPUCAIA DO SUL. In: GOOGLE MAPS. ESF Vargas: Google, 2018. Disponível em: https://www.google.com.br/maps/uv?hl=pt-BR&pb=!1s0x95196f2984edfe41:0x6525e5dbca0c0107!2m2!2m2!1i80!2i80!3m1!2i20!16m16!1b1!2m2!1m1!1e1!2m2!1m1!1e3!2m2!1m1!1e5!2m2!1m1!1e4!2m2!1m1!1e6!3m1!7e1!5!4shttps://lh5.googleusercontent.com/p/AF1QipO_ztTn5H473eZaCeS6FUOh8-4juD2bxl3Uvg8v%3Dw284-h160-k-no!5sesf+vargas+-+Pesquisa+Google&imagekey=!1e10!2sAF1QipO_ztTn5H473eZaCeS6FUOh8-4juD2bxl3Uvg8v&sa=X&ved=0ahUKEwjd09umoaTcAhVhuVkkHeXUD5kQoioljwEwCg. Acesso em: 16 jul. 2018.

SAPUCAIA DO SUL. In: GOOGLE MAPS. ESF São José: Google, 2018. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/ESF+S%C3%A3o+Jos%C3%A9/@-29.8163098,-51.1435475,3a,75y,328.52h,91.23t/data=!3m6!1e1!3m4!1s2wmPM5iDVmaYYBZGc3AYag!2e0!7i13312!8i6656!4m8!1m2!2m1!1sesf+sao+jose+sapucaia+do+sul!3m4!1s0x0:0xbea5fa94cd45918!8m2!3d-29.8162677!4d-51.1437821>. Acesso em: 16 jul. 2018.

SAPUCAIA DO SUL. In: GOOGLE MAPS. ESF Freitas: Google, 2018. Disponível em: https://www.google.com.br/maps/uv?hl=pt-BR&pb=!1s0x951968cfb01d6ce7:0x54ac1bf02274d652!2m2!2m2!1i80!2i80!3m1!2i20!16m16!1b1!2m2!1m1!1e1!2m2!1m1!1e3!2m2!1m1!1e5!2m2!1m1!1e4!2m2!1m1!1e6!3m1!7e1!5!4s/maps/place/esf%2Bfreitas%2Bsapucaia%2Bdo%2Bsul/@-29.8100891,-51.1500741,3a,75y,88.78h,90t/data%3D*213m4*211e1*213m2*211sYW2y7W7rhYB

2xSwXJUyrcA*212e0*214m2*213m1*211s0x951968cfb01d6ce7:0x54ac1bf02274d652!5sesf+freitas+sapucaia+do+sul+-+Pesquisa+Google&imagekey=!1e2!2sYW2y7W7rhYB2xSwXJUyrcA&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwj7uMi0pKTcAhXJFJQKHadLAzQQpx8lgAEwCg. Acesso em: 16 jul. 2018.

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 63-70, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a08v16n1>

SECRETARIA DA SAÚDE SAPUCAIA DO SUL. **Informações sobre ESF Vargas, ESF São José, ESF Fortuna e ESF Freitas**. Disponível em: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1SWoFEN5CwPbA_LL0GtA5BlS_Mh6A&ll=-29.812027478451228%2C-51.150745150000034&z=16. Acesso em: 16 jul. 2018.

SILLOCCHI, Cassiane; Junges, José Roque. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00056.pdf>

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. Tese doutorado – Área Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/78129/153093.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SILVA, Fernanda Machado da et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 347-353, 2014. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/77eed111737195df9f09967de2c496a0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032618>

SILVA, José Adailton da et al. Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 95-101, 2018. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1340/1804

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0843.pdf>

SILVA, Ana Lúcia da; SHIMIZU, Helena Eri. A relevância da rede de apoio ao estomizado. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 307-311, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a11.pdf>

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; MEIRELES, Betina Schneider. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & contexto enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413108.pdf>

SOARES, Lenícia Cruz et al. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 118-123, 2009. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7786/4417>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

SOUZA, Aline Corrêa de et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?sequence=1>

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 590-595, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019610020>

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. **Pista da entrevista. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2016, pp. 92-127.

TOSSIN, Brenda Ritielli et al. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1074>

UCHÔA, Alice da Costa. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 29, p. 299-311, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n29/299-311/pt>

VELOSO, Noely Soares et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 193-198, 2011. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/216/367>

WARSCHAUER, Marcos; D'URSO, Lourdes. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. supl. 2, p. 104-107, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29586/31453>

APÊNDICE A – ROTEIRO DE QUESTÕES ABORDADAS NA ENTREVISTA

Data da entrevista:

Dados de identificação:

Nome:

Idade:

Doença crônica referida:

Reside com alguém no domicílio? Quem?

Há quanto tempo descobriu a sua doença?

Vivência com a doença:

Descoberta da doença;

Convivência com a doença;

Mudanças na rotina devido à doença;

Gerenciamento do cuidado;

Vivência com as abordagens inovadoras:

Abordagens inovadoras utilizadas;

Vivência com as abordagens inovadoras;

Importância para o autocuidado;

Percurso itinerários terapêuticos:

Percurso nos serviços de saúde;

Vínculo e autocuidado:

Vínculo com profissional de saúde;

Vínculo com a ESF e participação em grupos;

Construção do autocuidado;

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Jiocasta Tedesco, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, orientanda do professor José Roque Junges, está propondo um estudo sobre as práticas inovadoras no autocuidado de diabéticos. Essas práticas inovadoras são, por exemplo, os grupos de educação em saúde, a caminhada, os grupos de tabagismo, a convivência, a alimentação saudável, a religiosidade e as redes de apoio familiar e social. O objetivo da pesquisa é verificar como essas práticas inovadoras influenciam a experiência do diabético com a sua doença e a assumir comportamentos de autocuidado em sua vida. O estudo vai ajudar para melhorar o acompanhamento que os profissionais prestam aos diabéticos. Os possíveis riscos de participar na pesquisa são mínimos, ligados ao desconforto que a pessoa pode sentir ao falar da sua doença.

O seu nome foi indicado pela equipe que lhe atende para ser entrevistado sobre os caminhos e meios que você usou para buscar atendimento para sua condição crônica. A sua assinatura neste termo significará que você está disposto(a) a participar da pesquisa e conceder essa entrevista que levará cerca de uma hora. Sua participação deve ser voluntária e por isso sinta-se totalmente livre para dizer sim ou não.

Se você aceitar participar, estão assegurados todos os esclarecimentos necessários sobre sua participação e o andamento da pesquisa. As informações que você dará na entrevista serão confidenciais, isto é, nunca será revelado quem deu essa informação, pois a identidade do seu nome será sempre sigilosa. Você poderá retirar-se da pesquisa, quando for da sua vontade sem nenhum problema. Esse termo de consentimento será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra com a pesquisadora. Peça também a permissão para consultar o seu prontuário na unidade de saúde.

Em caso de dúvidas, poderá contatar a mestranda Jiocasta Tedesco pelo telefone (51) 99755-7026 e/ou pelo e-mail: jiocasta-tedesco@hotmail.com

CEP – UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 18/12/2017

São Leopoldo, _____ de _____ de 201__.

Nome: _____

Assinatura do Entrevistado Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Venho por meio desta autorizar a pesquisadora **Jiocasta Tedesco**, da instituição **Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)**, a realizar a pesquisa intitulada **“Práticas inovadoras no autocuidado de diabéticos”** com o processo de coleta de dados previsto para o período de **Novembro de 2017 a Fevereiro de 2018**.

Sapucaia do Sul, 03 de Outubro de 2017

Leonardo Rodrigues Piovesan
Coordenador da Atenção Primária
Mat. 6266

Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

PARTE 2 – RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

No mês de Outubro, entrei em contato telefônico com o coordenador da atenção primária, sendo que no dia 03 de Outubro encontrei-o pessoalmente na Secretaria de Saúde do município de Sapucaia do Sul. Expliquei-lhe os objetivos e a metodologia do projeto de pesquisa e salientei sobre a urgência da assinatura para que eu pudesse iniciar a coleta de dados o mais breve possível. Entreguei-lhe uma cópia do projeto e solicitei a assinatura da carta de anuência. O coordenador me esclareceu que colocaria o projeto como prioridade, para que fosse avaliado na próxima reunião dos apoiadores que iria ocorrer no mês de Outubro ainda. No dia 24 de Outubro, recebi um e-mail do coordenador com a carta de anuência assinada e uma relação com as Unidades de Saúde de Sapucaia do Sul que realizam abordagens inovadoras, bem como seus endereços e telefones. Além disso, pediu-me que sinalizasse as unidades escolhidas, para que pudesse fazer um contato inicial durante a reunião de equipe, avisando a equipe que eu faria um contato posterior para falar sobre a pesquisa. Fui bem recebida pelo coordenador e o mesmo relatou a sua disponibilidade, afirmando que caso tivesse algum problema no campo de coleta, que comunicasse a ele, para que liberasse a minha entrada. Na relação que me foi fornecida, havia 14 Unidades de Saúde, especificando a abordagem inovadora para a pessoa com diabetes que era desenvolvida no local, como por exemplo: grupo de caminhada, grupo de artesanato, roda de conversa em Saúde Mental, grupo de convivência, grupo de tabagismo, grupo de renovação de receitas, grupo Hipertensão, grupo de ginástica e hortas comunitárias.

A qualificação ocorreu no dia 31 de Outubro com a banca composta pela Professora Dra Nêmore Tregnano Barcellos da Unisinos e pela Professora Dra Tatiana Engel Gerhardt da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A banca apontou diversas alterações que deveriam ser feitas no projeto e sugeriu algumas reflexões sobre o tema. As alterações foram realizadas nos meses subsequentes. No momento da qualificação já tínhamos a carta de anuência assinada e a relação das Unidades de Saúde que realizam as abordagens inovadoras, além do termo de compromisso para posterior submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos.

Após conversar com o orientador, selecionamos 06 Estratégias de Saúde da Família (ESF) para a coleta de dados: Pasqualini, Primor, Fortuna, Freitas, São José

e Natal. No mês de Novembro, expliquei ao coordenador via e-mail que gostaria de participar das reuniões de abordagens inovadoras nas unidades para que eu fosse me ambientando, expondo a pesquisa e selecionando os sujeitos. Relatei que não poderia iniciar a coleta de dados no mês de Novembro, pois o projeto de pesquisa seria avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos apenas na reunião do dia 13 de Dezembro. O projeto não foi analisado na reunião do dia 08 de Novembro pela grande quantidade de submissões.

O projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil no mês de Outubro, e a folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos foi assinada no dia 31 de Outubro pela coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Professora Dra Tonantzin Ribeiro Gonçalves, tendo a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos na reunião do dia 13 de Dezembro.

Nos meses de Dezembro, Janeiro e Fevereiro fiz o primeiro contato com as ESF para assistir aos grupos com abordagens inovadoras, mas fui informada que os grupos estavam em recesso no período de férias, retornando apenas nos meses de Fevereiro ou Março.

No dia 20 de Fevereiro, após contato telefônico com a enfermeira, estive na ESF Primor para assistir à reunião do grupo de renovação de receitas. Chegando na unidade, fui bem recebida pelos funcionários, sendo que fiquei numa sala com a enfermeira e a residente de Medicina aguardando para conversar com o médico responsável pelo grupo que estava em atendimento. Alguns minutos depois, o médico me recebeu em sua sala, onde eu pude explicar o projeto de pesquisa. O profissional me informou que o grupo era pequeno, que algumas pessoas tinham diabetes, mas que a maioria eram portadores de distúrbios mentais. O grupo reunia-se às terças e sextas-feiras a partir das 14 horas e participar do grupo consistia num pré-requisito para renovar a receita, de modo que o médico, após a reunião, atende cada paciente individualmente e faz a renovação. No dia em que eu participei do grupo, havia cerca de 10 pacientes. O médico iniciou a reunião pedindo que eu me apresentasse e explicasse sobre a pesquisa, solicitando que os interessados conversassem comigo no final. A reunião durou cerca de 1 hora, na sala de reuniões da própria unidade e foram abordados temas como alimentação, exercício físico e sanadas eventuais dúvidas que os pacientes tivessem. Ao final da reunião, o profissional questionou se alguém tinha interesse em participar da pesquisa, mas

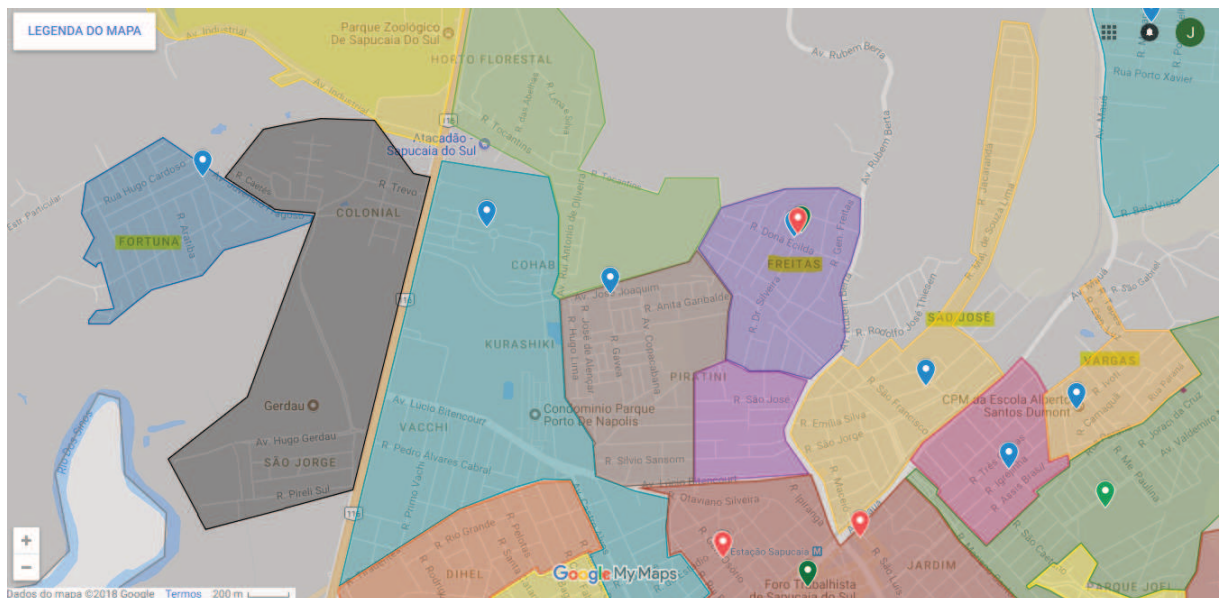
ninguém se manifestou, mesmo assim, ele sugeriu que eu estivesse presente nos atendimentos individuais, porque talvez algum paciente manifestasse interesse neste momento. Particpei dos 10 atendimentos individuais que duraram cerca de 1 hora, mas nenhum paciente demonstrou interesse. Percebi que o grupo era bem pequeno, pouco participativo, questionando pouco e a grande maioria dos participantes estava ali apenas para obter a renovação da receita no final. Durante o atendimento, o médico perguntava individualmente como a pessoa estava, se tinha queixas, fazia um rápido exame físico se necessário, questionava se a medicação estava surtindo efeito e renovava a receita. Ao final dos atendimentos, o médico conversou comigo, dizendo que lamentava eu não ter encontrado nenhum participante, pois a ESF Primor era de fácil acesso e contava com uma boa organização dos prontuários, de forma que a visita à residência da pessoa com diabetes seria facilitada. Além disso, comentou que também atendia na ESF Vargas no terceiro turno (noite) e que lá era realizado o grupo Hiperdia que contava com cerca de 30 participantes por reunião. Disse ainda que, neste grupo, os pacientes não compareciam somente para a renovação da receita, mas muitos iam apenas com o intuito de assistir às reuniões. Com isso, ele me perguntou se eu não tinha interesse em assistir a este grupo, onde eu teria maior possibilidade de encontrar sujeitos dispostos a participar. Eu disse a ele que por ser no turno da noite, eu não teria como voltar para a minha cidade, precisaria voltar para a Unisinos. Sendo assim, o médico pediu que eu estivesse na ESF Primor até as 17 horas para ir junto com ele até a ESF Vargas e, na volta, ele me deixaria na Unisinos, pois mora em uma cidade próxima.

Durante o período de marcação dos grupos e seleção dos participantes, também entrei em contato telefônico com outras ESF, mas acabou não sendo necessário recorrer a elas, pois o número almejado de pacientes já havia sido atingido. Na ESF Jardim América, entrei em contato com a enfermeira e a ACS a fim de participar do grupo de caminhada. A ACS desta ESF forneceu-me o contato de uma paciente, mas quando a contatei e ofereci explicações sobre a pesquisa, esta não aceitou participar. Na ESF Pasqualini, fiz contato com as enfermeiras para conhecer o grupo de caminhada, mas acabei chegando atrasada no dia marcado e não precisei retornar. Na UBS São Caetano, contatei a enfermeira para assistir ao grupo de caminhada, sendo que esta me alertou que a unidade possuía um horário

de funcionamento reduzido até as 14 horas. Na UBS Cohab Blocos, fiz contato com a enfermeira com o intuito de participar do grupo Hiperdia e do grupo de caminhada. Finalizando, contatei a enfermeira da ESF Natal para conhecer o grupo de ginástica, de modo que esta afirmou que ia verificar a dinâmica do grupo e o perfil dos pacientes, ficando com o meu contato telefônico e prometendo retornar.

A coleta de dados realizou-se em 04 Estratégias de Saúde da Família do município de Sapucaia do Sul: Vargas, São José, Fortuna e Freitas. O local de cada ESF está ilustrado no mapa abaixo.

Figura 6 – Mapa de Sapucaia do Sul - RS



Fonte: Secretaria da Saúde de Sapucaia do Sul (2018).

A ESF Vargas possui, em sua área adscrita, aproximadamente 3.210 pessoas que são cadastradas para utilizar o serviço de saúde na unidade. Trata-se de um território com grande densidade populacional. Tem uma população mista, sendo composta por área de vulnerabilidade social e demais áreas de classe média. Contudo, a área que necessita de maior atenção acessa muito os serviços ofertados pela unidade. A ESF Vargas trabalha em horário estendido até as 21 horas para atender à população que não está coberta pelo programa de agente comunitário de saúde, numa lógica de UBS, em regime de escalas de profissionais. Ao lado da unidade, há uma casa de passagem e um campo de futebol, que é um espaço

comunitário de lazer. Nesse mesmo território fica o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Nordeste. Além disso, existe envolvimento das agentes comunitárias de saúde em atividades e participação do conselho gestor na Praça do Centro de Arte e Esporte Unificado (CEU). (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

Figura 7 – ESF Vargas



Fonte: Sapucaia do Sul (2018).

Na quarta-feira, dia 28 de Fevereiro, fui até a ESF Primor, aguardei o horário de saída do médico às 17 horas e fomos de carro para a ESF Vargas. Chegando à unidade, o médico saiu à procura de uma técnica de enfermagem para verificar a pressão arterial dos participantes do grupo. O grupo Hiperdia era realizado nas duas últimas quartas-feiras do mês no horário das 17h30min às 19h30min na Praça do Céu, sendo um local que fica próximo a ESF Vargas. O médico relatou que o grupo Hiperdia atendia a pessoas com hipertensão e diabetes, tendo em cada reunião cerca de 30 pacientes, realizando a verificação da pressão arterial e posterior renovação das receitas. O médico que coordena a reunião trabalha na ESF Vargas no terceiro turno, que é o horário estendido até as 21 horas e durante o dia na ESF Primor. Chegando à Praça do Céu, fomos encaminhados para uma sala ampla com ar condicionado a pedido do médico, lá havia cerca de 18 participantes. O profissional iniciou explicando que eu era a moça a qual ele havia comentado na reunião da semana anterior que viria para fazer uma pesquisa. Após este momento, eu me apresentei, expus a pesquisa e solicitei que os interessados me procurassem

ao final da reunião. Ao iniciar o grupo, a técnica de enfermagem verificava a pressão arterial de cada paciente e anotava o seu nome e o valor numa folha. A reunião durou cerca de 2 horas, sendo ministrada pelo médico com eventuais participações da técnica. Os assuntos abordados foram a dieta e o exercício físico e os pacientes participaram bastante, expondo suas dúvidas que eram prontamente respondidas. No final, os profissionais faziam a renovação das receitas dos participantes. Neste momento, questionei se alguém gostaria de participar da pesquisa e duas pacientes se manifestaram: Margarida e Rosa. Conversei com elas, anotei o telefone e o endereço e prometi fazer um contato posterior para marcar a entrevista nas suas residências. Rosa demonstrou uma vontade muito grande de conversar com alguém sobre a sua diabetes, disse-me que precisava falar sobre isso e acabou incentivando a Margarida a participar também, já que as duas são vizinhas. Terminada a reunião, voltamos para a unidade e o médico sugeriu que, caso eu não conseguisse atingir os 10 pacientes nos outros locais, eu poderia voltar novamente ao grupo Hiperdia nas duas últimas quartas-feiras do mês de Março. Sobre o grupo Hiperdia percebi que é uma proposta muito interessante, que os pacientes parecem possuir um vínculo com o médico e entre si, de modo que permanecem atentos às orientações dadas, bem como participam buscando esclarecer as suas dúvidas e contribuindo com exemplos do seu cotidiano. Além disso, a atmosfera é leve e o médico é divertido, fazendo observações engraçadas sobre os temas mencionados.

A ESF São José possui, em sua área adscrita, aproximadamente 4.337 pessoas que são cadastradas para utilizar o serviço de saúde na unidade. Sua população é composta por um grande número de idosos, sendo em sua maioria de classe média. A ESF possui algumas áreas com população de classe média alta que não acessam a unidade de saúde. Dispõe de um conselho local de saúde. (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

Figura 8 – ESF São José



Fonte: Sapucaia do Sul (2018).

No dia 08 de Março, após contato telefônico com o enfermeiro, participei do grupo Hiperdia na ESF São José, a reunião foi ministrada pelo enfermeiro e a dentista, ambos da unidade. Além disso, estavam presentes uma agente comunitária de saúde (ACS) da ESF, uma nutricionista pertencente ao NASF e três participantes. Na ESF São José, além do grupo Hiperdia, também são realizados os grupos de caminhada e de artesanato. O grupo de caminhada ocorre nas manhãs de terças e quintas-feiras e os participantes são acompanhados por uma ACS, e o grupo de artesanato ocorre uma vez na semana, nas tardes de sexta-feira e também tem o acompanhamento de uma ACS. Quanto ao grupo Hiperdia, este foi realizado em 4 encontros semanais na casa da ACS que se localiza em frente a ESF. Em relação à continuidade do grupo, tanto os profissionais quanto os participantes que estavam presentes, demonstraram a vontade de que permanecesse sendo realizado. A reunião teve duração de cerca de 1 hora, percebi que os participantes têm um vínculo forte com os profissionais da ESF: ACS, dentista e enfermeiro. O enfermeiro tornou a reunião bem didática, falando coisas engraçadas, desenhando em um papelão na parede, pedindo a colaboração dos usuários para as explicações e até fazendo uma demonstração prática com uma mangueira em alusão à circulação sanguínea. Os outros profissionais contribuíam com as orientações e os participantes questionavam e traziam seus exemplos pessoais. Os temas abordados foram hipertensão arterial e diabetes. No final, o enfermeiro fez o exame da sensibilidade dos pés em duas pessoas com diabetes. Ao final da reunião, eu trouxe maiores explicações sobre a pesquisa e perguntei sobre o interesse em participar, de modo que um paciente (Cravo) se disponibilizou em participar e nós combinamos que eu entraria em contato telefônico com ele para marcar a entrevista em sua

residência. Após a partida dos usuários, eu fiquei conversando com o enfermeiro, que foi muito atencioso comigo, afirmando que no dia da entrevista disponibilizaria uma ACS para me acompanhar à residência do entrevistado. Também questionou as duas ACS se lembravam de mais algum paciente que participasse do grupo Hiperdia, do grupo de caminhada ou do grupo de artesanato que pudesse participar. Uma das ACS citou uma paciente participante do grupo de caminhada e me passou o endereço e o telefone dela. Alguns dias depois liguei para esta paciente e ela me disse que não estava interessada em participar da entrevista, pois não tinha diabetes.

A ESF Fortuna possui em sua área adscrita aproximadamente 8 mil pessoas que são cadastradas para utilizar o serviço de saúde na unidade. É composta por uma equipe de saúde dupla. Apresenta também uma área de ocupação com aproximadamente 500 pessoas. A ESF abrange os bairros Fortuna e Colonial. Localiza-se no outro lado da BR 116 e a população necessita de duas conduções para acessar os demais serviços do município. O bairro Fortuna é um local muito próximo ao Rio dos Sinos sofrendo inundações severas com as chuvas. Há uma população vulnerável na área do Formigueiro com situação de extrema pobreza, acometimentos em saúde mental, drogadição e tráfico de drogas. O bairro Colonial é uma área com uma população menos vulnerável, composta em sua maioria por idosos. Apresenta um conselho local de saúde bem atuante. O bairro São Jorge, de onde são os participantes da coleta de dados, é da área de cobertura da ESF Colonial, mas o grupo de convivência chamado de Agita São Jorge é aberto para usuários dos dois territórios (Fortuna e Colonial) então pertence às duas equipes. (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

Figura 9 – ESF Fortuna



Fonte: Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul (2018)

No dia 14 de Março, após contato telefônico com a enfermeira, assisti ao grupo de convivência da ESF Fortuna. Esse grupo realiza-se duas vezes na semana, no ginásio de uma escola do bairro (Escola Primo Vacchi) e tem como coordenadoras duas ACS. Quando cheguei à escola, fui encaminhada ao ginásio por alguns funcionários, sendo que as atividades já haviam iniciado. Sentei-me na arquibancada, expliquei brevemente as ACS e aguardei o término. As atividades desenvolvidas pelo grupo foram caminhada, dança e alongamento, contando neste dia com cerca de 15 participantes e tendo duração de 1 hora. Os participantes e as profissionais interagem entre si, dialogando e rindo. Ao término das atividades, as ACS me chamaram, eu me apresentei, expliquei a pesquisa e perguntei se gostariam de participar. Neste momento, quatro participantes (Violeta, Jasmim, Lírio e Girassol) demonstraram interesse, disponibilizando seus endereços e telefones. Quando eu estava saindo na rua, uma participante me chamou e disse que tinha uma senhora que participava do grupo, era diabética, mas que estava doente e não havia ido neste dia, me levando até a residência dela. Conversei com essa senhora e ela me disse que aceitava participar da pesquisa. Sugeri que, quando eu fosse fazer as entrevistas, passasse na residência dela também.

A ESF Freitas atende a uma população de 3.272 pessoas. A equipe de saúde é composta por 15 profissionais: 1 enfermeira, 3 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 5 ACS, 1 odontologista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 auxiliar de higienização e 1 assistente administrativo. O território é bastante heterogêneo,

composto na maior parte por locais de classe média, um ponto de classe alta com grandes casas e apartamentos, alguns pontos de vulnerabilidade como uma ocupação com pouca estrutura de saneamento básico e outro ponto com ocorrência de tráfico de drogas e violência. (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

Figura 10 – ESF Freitas



Fonte: Sapucaia do Sul (2018).

No primeiro contato telefônico que tive com a enfermeira da ESF Freitas, expliquei-lhe o projeto e ela prometeu verificar o perfil dos pacientes do grupo e me dar um retorno. Resolvi, em um segundo momento, ligar para ela novamente e foi aí que combinamos que ela conversaria com três pacientes que se encaixavam na pesquisa. Estes aguardariam após o grupo de caminhada na ESF, para que eu pudesse conversar com eles. Além do grupo de caminhada, a unidade também realiza o grupo de fuxico que ocorre em uma tarde por semana. A enfermeira me informou que o grupo de caminhada, que já existe há 7 anos, atualmente está com baixa adesão, variando entre 2 a 3 pessoas. A atividade acontece três vezes na semana, no entorno do bairro, por cerca de 45 minutos, com a coordenação de uma ACS. Quando cheguei à ESF no dia 18 de Abril, fui encaminhada para conversar com a enfermeira que mostrou-se receptiva, disponível e interessada na pesquisa, discutindo comigo a sua importância e demonstrando interesse em conhecer o projeto. Após esse diálogo, a enfermeira me informou que os pacientes estariam

retornando em breve do grupo de caminhada. Logo depois eles chegaram, cerca de 10 participantes, e aguardaram na sala de espera. Eu fiz uma breve apresentação e a profissional pediu que permanecessem apenas as pessoas com diabetes, restaram duas participantes (Iris e Tulipa), sendo que fui informada que havia mais um possível participante, mas que ele precisou levar a esposa ao médico, por isso não pôde esperar. No decorrer da entrevista, uma ACS interrompeu para me passar o nome e o contato telefônico deste paciente. Com as duas pacientes selecionadas, a enfermeira colocou a minha disposição a sala dos ACS, após questionei as pacientes se elas gostariam de responder a entrevista ali ou na sua residência. Elas me responderam que poderia ser ali na ESF e neste dia mesmo. Entramos as três na sala e perguntei às pacientes se preferiam ser entrevistadas individualmente, a fim de ter mais privacidade, ambas negaram afirmando que eram amigas, vizinhas e que não tinham segredos entre si. Iniciamos as entrevistas com a minha leitura do termo de consentimento e a assinatura de ambas, sendo que a ordem das entrevistas foi Iris e Tulipa.

A coleta de dados foi realizada com 10 participantes, a amostra foi composta por 6 mulheres e 4 homens. A idade dos selecionados variou de 51 a 71 anos. Nenhum dos sujeitos morava totalmente sozinho, apenas Iris tem um namorado que passa os finais de semana com ela. Em relação ao tempo de descoberta da diabetes, este oscilou de 6 anos a 34 anos. Os participantes estavam assim distribuídos: 2 da ESF Vargas, 2 da ESF São José, 4 da ESF Fortuna e 2 da ESF Freitas. Quanto às abordagens inovadoras, 3 deles participavam do grupo Hiperdia, 1 do grupo de artesanato, 4 do grupo de convivência e 2 do grupo de caminhada. Essas informações podem ser visualizadas no quadro abaixo.

Quadro 2 – Descrição dos participantes da pesquisa

NOME	IDADE	COM QUEM MORA	DESCOBERTA DM	ESF	GRUPO
Margarida	51 anos	Esposo e netos	9 anos	Vargas	Hiperdia
Rosa	57 anos	Mãe e esposo	20 anos	Vargas	Hiperdia
Cravo	71 anos	Esposa	34 anos	São José	Hiperdia
Orquídea	70 anos	Filha casada e neta	30 anos	São José	Artesanato
Violeta	66 anos	Filha e neto	6 anos	Fortuna	Convivência
Jasmim	67 anos	Esposa e filha casada	10 anos	Fortuna	Convivência
Lírio	63 anos	Esposa e filho	12 anos	Fortuna	Convivência
Girassol	69 anos	Esposa e sogro	10 anos	Fortuna	Convivência
Iris	70 anos	Namorado	7 anos	Freitas	Caminhada
Tulipa	71 anos	Esposo	14 anos	Freitas	Caminhada

Fonte: Elaborado pela autora.

A etapa de análise de dados iniciou no mês de Março com a transcrição das 10 entrevistas. Após o final das transcrições, foi construído um mapa descritivo para cada entrevistado. Neste mapa no centro, está o paciente e sua família e no entorno são discriminados cinco aspectos: rede de apoio social, rede de saúde, abordagens inovadoras, vínculo e autocuidado. Cada um destes pontos é representado por uma cor sendo que: a rede de apoio social está em amarelo, a rede de saúde em verde, as abordagens inovadoras em azul, o vínculo em laranja e o autocuidado em roxo. Este primeiro mapa teve por objetivo explicitar os fatos mais importantes citados durante a entrevista dentro de cada um dos cinco aspectos referidos anteriormente. Logo após, foi desenvolvido um segundo mapa interligado para cada entrevistado, neste mapa o paciente e sua família também ficavam no centro e os aspectos abordados foram os citados acima, exceto o vínculo. Diferente do primeiro mapa, este segundo teve por objetivo evidenciar as ligações/associações existentes entre os quatro aspectos anteriores. Quanto ao esquema de cores, foi utilizado o mesmo citado acima e o vínculo foi evidenciado através das linhas, sendo que linhas duplas representavam um vínculo muito forte, uma linha correspondia a um vínculo forte e uma linha tracejada apontava um vínculo fraco. Os mapas descritivos e os mapas interligados estão presentes nas próximas páginas do relatório de campo, juntamente com a descrição e as impressões de cada entrevista. Com o término dos mapas, passou-se para a fase da leitura repetitiva das entrevistas, com a anotação de aspectos e narrativas importantes para a temática, guiada pelos objetivos.

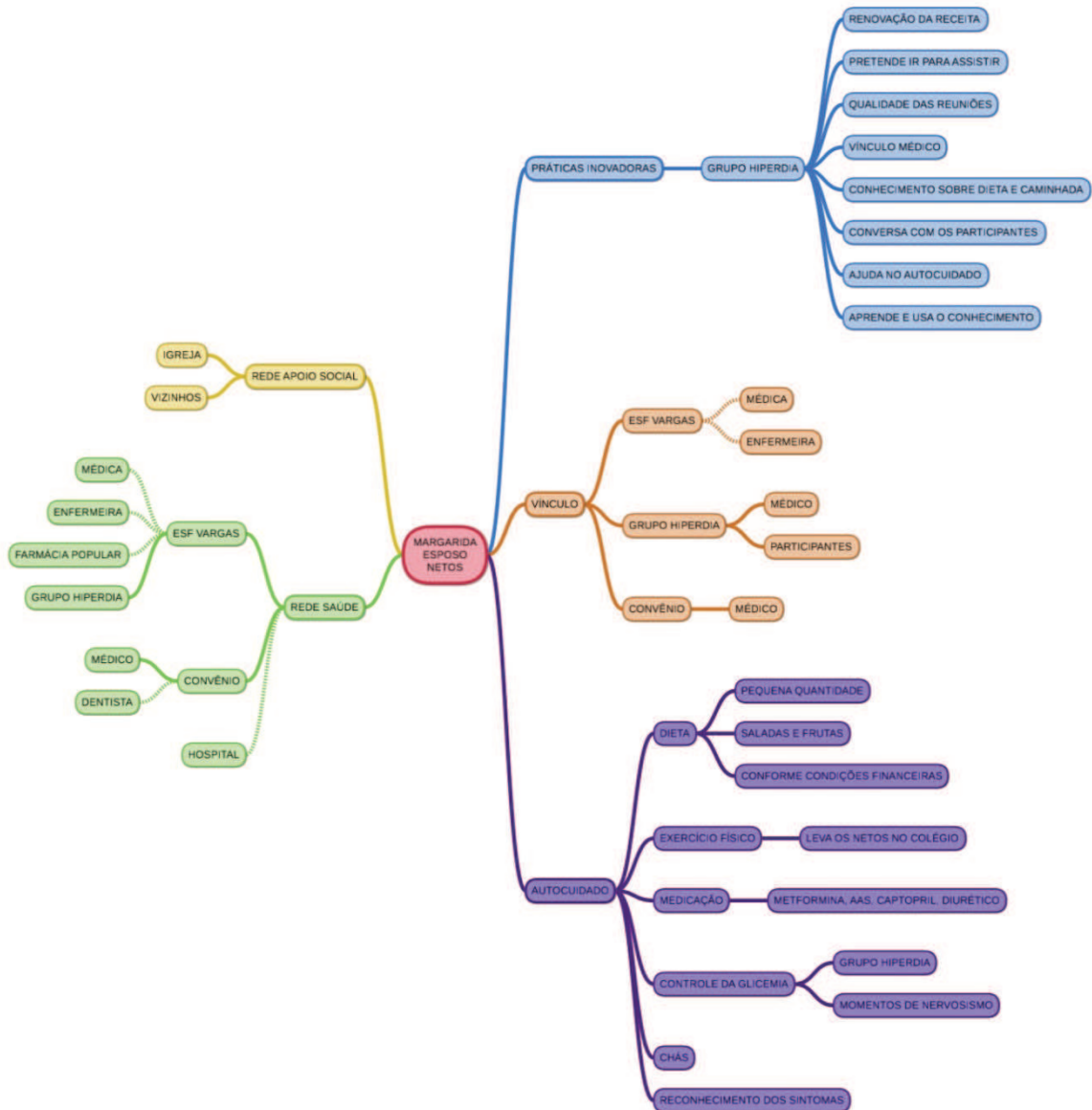
No dia 22 de Março, realizei as duas entrevistas nas residências das participantes do grupo Hiperdia da ESF Vargas: Margarida e Rosa. Cheguei à ESF e

fui orientada sobre os endereços por uma ACS. Margarida combinou de me esperar em um local próximo de sua residência. Ao chegar lá, percebi que era uma casa bem simples, estando a paciente acompanhada por seus dois netos. Durante a entrevista, o neto mais novo ficou na rua, e o mais velho com 12 anos na sala de estar conosco. Percebi que a paciente era tímida e mais reservada, não dialogando muito, como ela mesma afirmou durante a entrevista, dizendo que não era muito participativa nas reuniões do grupo Hiperdia. Era visível a sua preocupação com os quatro netos, sendo ela e o seu marido responsáveis pelo sustento de todos eles, já que as suas filhas abandonaram as crianças e não ofereceram nenhum tipo de auxílio, de modo que, durante a entrevista, várias vezes citou esse fato. Diversas vezes ela falou sobre o marido e os netos, que lhe oferecem apoio, descrevendo e mostrando fotos. Ao final da entrevista, o seu marido chegou e logo finalizamos.

No mapa descritivo de Margarida, podemos perceber que esta participa do grupo Hiperdia com a finalidade de renovar a receita, mas por outro lado, afirma que pretende ir somente para assistir, pois salienta a qualidade das reuniões coordenadas pelo médico. Com o grupo, ela admite adquirir mais conhecimento sobre dieta e caminhada, além de conversar com os demais participantes. Finaliza reconhecendo que esta prática ajuda no seu autocuidado e que no grupo ela aprende e depois usa esse conhecimento no seu cotidiano. Essa paciente possui um vínculo forte com o grupo Hiperdia, com o médico que coordena as reuniões e com os demais participantes. Este vínculo é mais forte com o grupo do que com a própria ESF Vargas, pois esta afirma que atualmente não frequenta as consultas na ESF, apenas participa das reuniões. Para as consultas médicas e odontológicas ela declara utilizar o convênio. Em relação ao autocuidado refere controlar a dieta, consumindo pequenas quantidades, priorizando saladas e frutas, mas confessa que segue a dieta conforme as suas condições financeiras, e que muitos dos alimentos indicados para os diabéticos, ela acaba comprando e dividindo com os netos, pois estes gostam de consumi-los. Quanto à prática de exercício físico relata que leva os netos no colégio diariamente. Afirma fazer uso de medicação, controle da glicemia no grupo Hiperdia e em momentos de nervosismo. Também relata fazer uso de chás e afirma reconhecer os sintomas da diabetes.

Figura 11 – Mapa descritivo Margarida

miMind

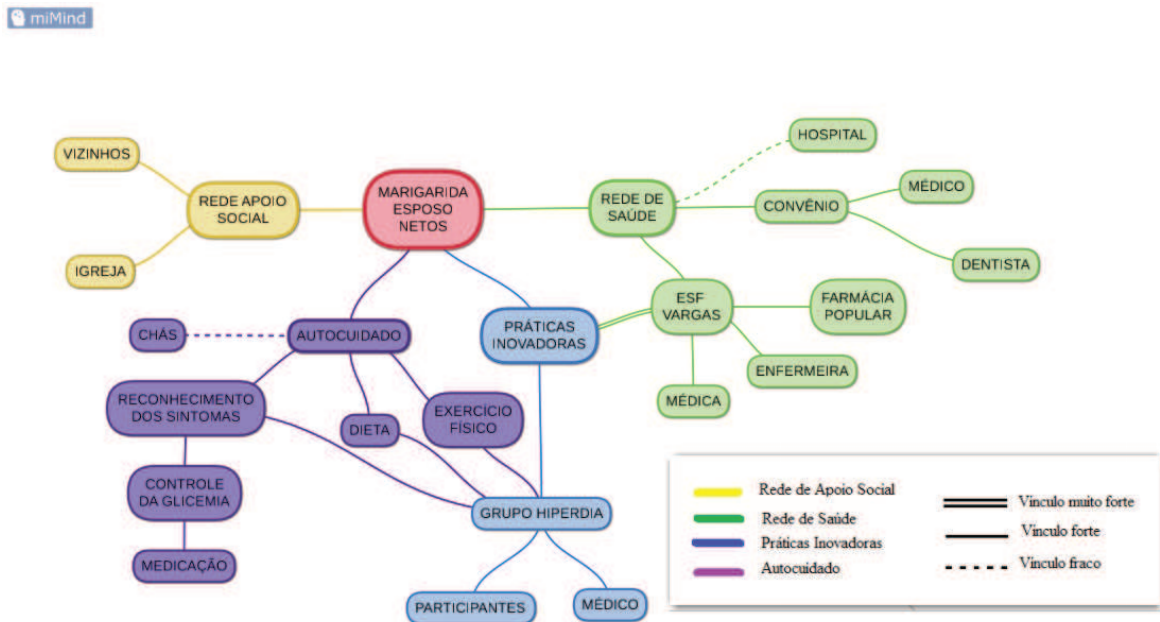


Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado, é possível verificar as associações que ocorrem entre os seguintes fatores: rede de apoio social, rede de saúde, abordagens inovadoras, vínculo e autocuidado. Com isso, percebemos que o grupo Hiperdia tem um forte vínculo com a ESF Vargas, pois é esta unidade de saúde que realiza a atividade. Neste caso o grupo acaba intermediando um vínculo forte entre a paciente e a ESF e funcionando como uma porta de entrada no serviço de saúde. Além disso, o grupo incentiva o autocuidado ao abordar assuntos como dieta, exercício físico e

reconhecimento dos sintomas. Ao reconhecer os sintomas, a paciente busca o controle/verificação da glicemia e caso necessário faz uso da medicação prescrita.

Figura 12 – Mapa interligado Margarida



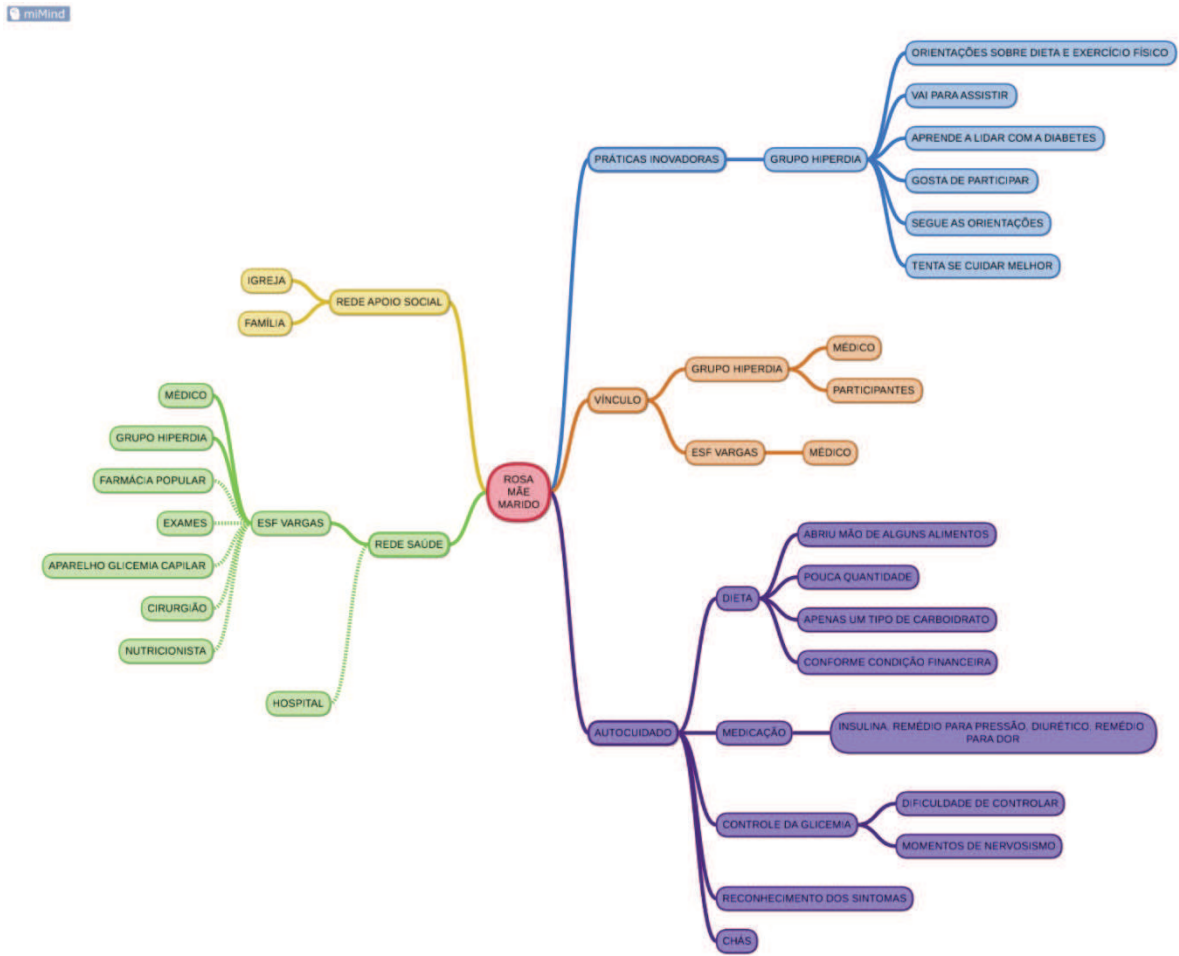
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Logo após o término da entrevista com Margarida, a mesma me leva até a casa da próxima entrevistada: Rosa. Chegando ao local, vejo que também é uma casa bem simples e a entrevista ocorre na varanda. A paciente estava acompanhada do marido e da mãe, a qual mora junto com o casal e é cuidada por eles. Percebi que a paciente era muito falante e apresentava muita necessidade de falar com alguém sobre a sua doença. Ela confessa ainda que passa por dificuldades financeiras, pois o marido faz “bicos” e está desempregado há 4 anos. Sua mãe recebe aposentadoria, ela não trabalha e recebem apoio financeiro de sua família. O marido permanece junto durante a entrevista, participando em alguns momentos e reclamando sobre o fato da ESF Vargas ser tão longe da sua residência e as agentes comunitárias de saúde não irem até lá, pois residem fora da área de abrangência. Fica evidente também o apoio que a entrevistada recebe de

sua família para o enfrentamento da doença, tanto financeiro quanto social. A mãe de Rosa vem para a varanda por alguns minutos, interage e volta para o seu quarto.

No mapa descritivo de Rosa, percebemos que ela faz parte do grupo Hiperdia, afirmando que gosta de participar, que vai apenas para assistir e que aprende a lidar com a doença, seguindo as orientações e tentando se cuidar melhor. A paciente relata ainda que o grupo auxilia muito no seu autocuidado, pois tem diabetes há muitos anos e sempre teve dificuldade de controlar a doença. Atualmente, com as orientações que recebe nas reuniões que assiste e com o aparelho de verificação de glicemia que recebeu por intermédio da ESF, está conseguindo se cuidar melhor e alcançar o controle. Com relação ao vínculo, Rosa também possui um vínculo forte com o grupo Hiperdia e respectivamente com o médico e demais participantes. Ela conta ainda que quando foi a ESF e os profissionais de saúde explicaram e a convidaram a participar das reuniões do grupo, ficou motivada, pois viu aí uma chance de aprender a conviver com a doença e controlá-la. Ela relata que antigamente frequentava muito os serviços de saúde, chegando sempre em situações de urgência devido ao descontrole da patologia, de forma que era sugerido a ela que procurasse apoio médico e maiores informações. Quanto ao autocuidado ela afirma seguir a dieta de acordo com a sua condição financeira, sendo que abriu mão de alguns alimentos, come em menor quantidade, escolhendo apenas um carboidrato por refeição. Não pratica exercício físico devido a dores nas pernas. Relata que a diabetes mudou muito a sua rotina e que ela tem dificuldade de alcançar o seu controle, reconhece os sintomas e atribui a elevação da glicemia a momentos de preocupação. Faz uso de medicação prescrita e chás.

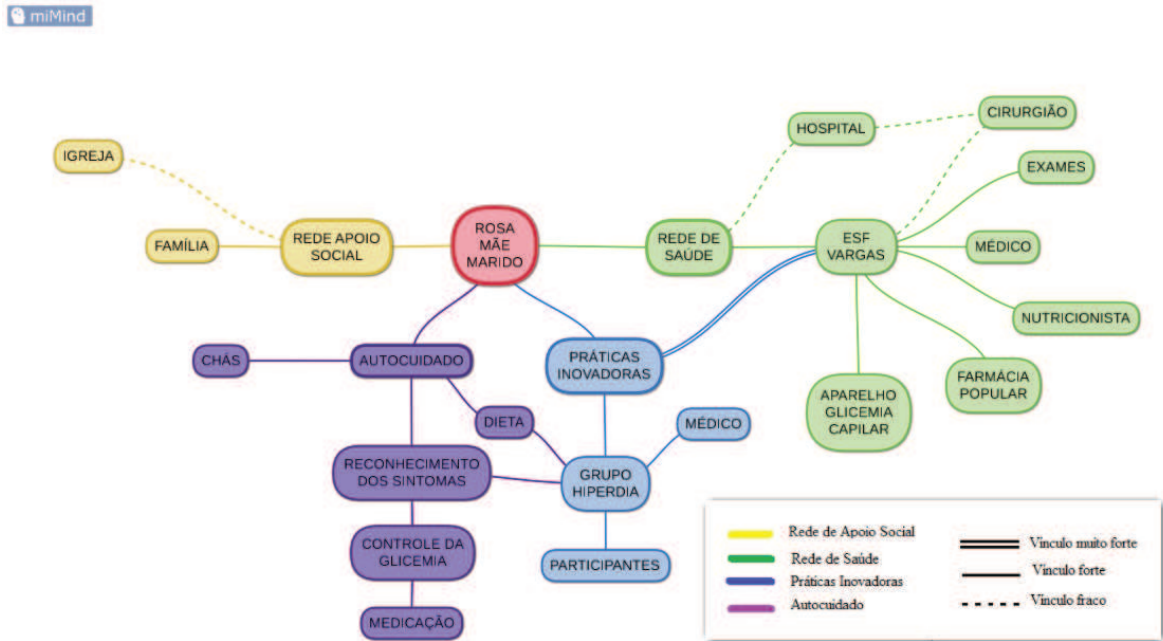
Figura 13 – Mapa descritivo Rosa



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Ao visualizar o mapa interligado é possível verificar a associação entre o grupo Hiperdia e a ESF Vargas, sendo que a unidade é responsável pela realização da atividade. Além disso, percebemos que o grupo, devido às orientações que oferece, tem influência no autocuidado do paciente, ajustando a sua dieta e ensinando-o a reconhecer os seus sintomas. A pessoa com diabetes consegue, assim, reconhecer os sintomas, buscar o controle/verificação da glicemia e finalmente utilizar a medicação prescrita.

Figura 14 – Mapa interligado Rosa



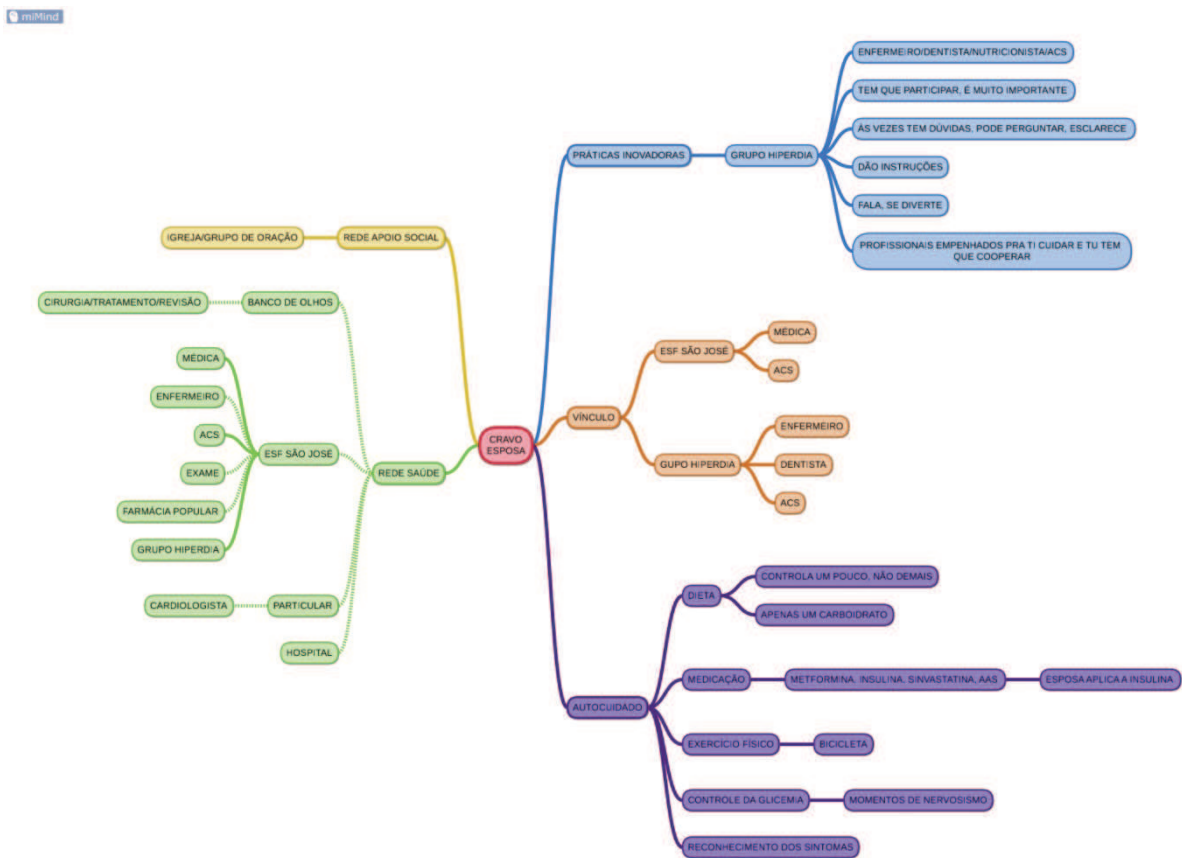
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No dia 28 de Março, voltei a ESF São José para realizar a entrevista com o Cravo. O enfermeiro pediu a uma ACS que me acompanhasse até a residência. Quando chegamos ao local, estavam Cravo e sua esposa, a ACS ficou conversando com a esposa e logo foi embora. Durante a entrevista, pude notar que o usuário e sua esposa eram muito falantes e simpáticos, ambos falaram durante todo o tempo e a esposa ficou sempre presente. Percebi também que o usuário gerencia bem a sua condição crônica e reconhece os sintomas, também é nítido o apoio que a sua esposa lhe oferece, sendo que esta aplica a insulina nele. Durante a reunião do grupo Hiperdia, Cravo participou ativamente, questionando e trazendo exemplos, aliás, durante a entrevista ele também lembrou de diversos momentos do grupo. Quando finalizei a entrevista, retornei a ESF, a ACS estava lá e me disse que lembrou de outra paciente (Orquídea), entrou em contato com ela e marcamos a entrevista para o mesmo dia no turno da tarde.

No mapa descritivo de Cravo, percebemos que ele afirma gostar de participar do grupo Hiperdia, pois fala, diverte-se, recebe instruções e esclarece as suas dúvidas. Refere ainda que as pessoas com diabetes têm que participar, porque é muito importante esta atividade. Ele enfatiza que os profissionais estão empenhados

pro teu cuidado, mas que você tem que cooperar com eles. Ficou perceptível o forte vínculo que o usuário e sua esposa têm com os profissionais da ESF, principalmente com a médica e as ACS, tratando-os como pessoas de sua família. Quando questionado sobre a relação com a médica, ele afirma que algumas vezes extrapola e sai da dieta, alterando a sua glicemia, fato este percebido pela profissional, que acaba advertindo e orientando de uma forma leve e divertida. Ele aceita e segue as orientações sem conflitos ou reclamações, devido à boa relação que tem entre si. Com relação ao autocuidado, o paciente controla a dieta um pouco, mas não exageradamente e come apenas um carboidrato nas refeições. Refere praticar exercício físico na sua bicicleta em casa. Admite reconhecer os sintomas da doença, controlar a glicemia e perceber o aumento dos seus níveis em situações de nervosismo. Também faz uso de medicação prescrita, inclusive insulina.

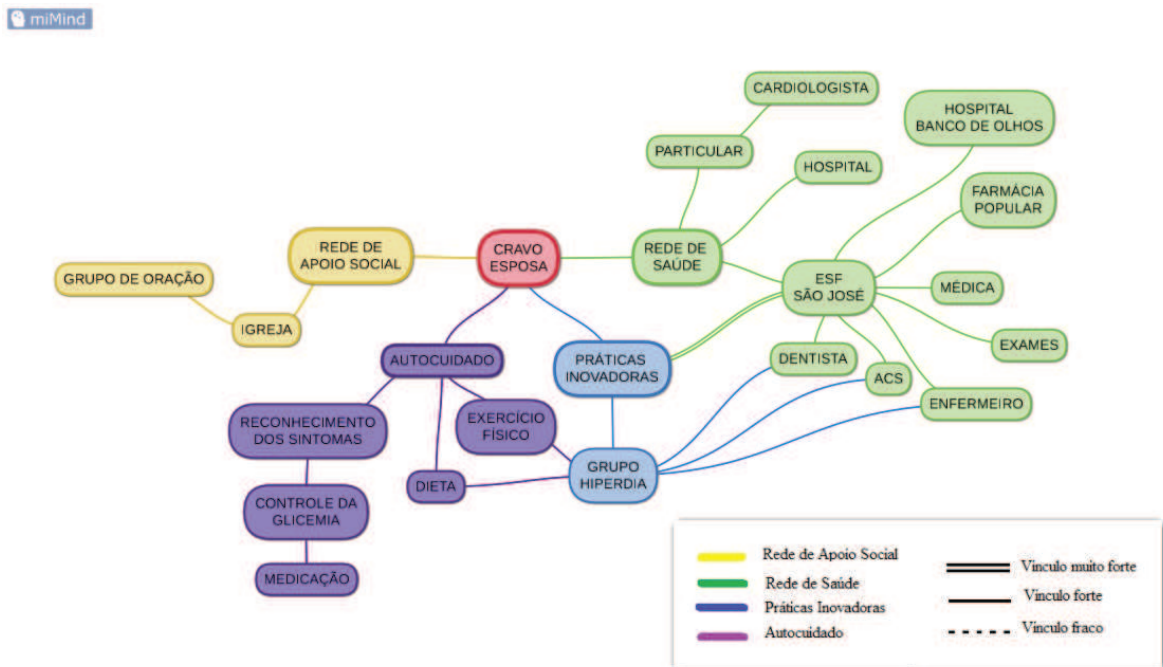
Figura 15 – Mapa descritivo Cravo



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Cravo, observamos o vínculo existente entre o grupo Hiperdia e a ESF São José, que além de realizar esta atividade também disponibiliza três profissionais (enfermeiro, dentista e ACS) da própria unidade para executá-la. Este fato favorece o vínculo entre os pacientes, a ESF e os profissionais, pois os pacientes já conhecem e convivem com a equipe de saúde, fortalecendo o vínculo existente. Quanto ao grupo Hiperdia, este tem influência sobre o autocuidado do paciente, por ofertar orientações sobre a dieta, exercício físico e reconhecimento dos sintomas.

Figura 16 – Mapa interligado Cravo



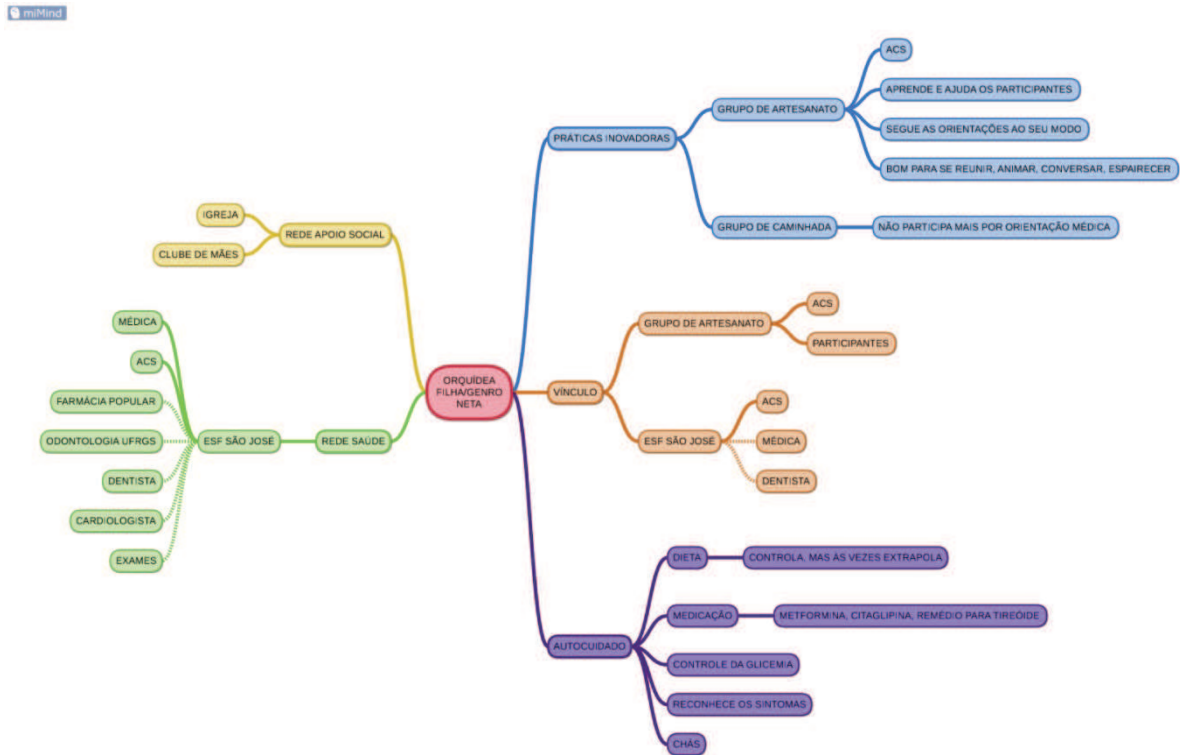
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Durante a tarde do mesmo dia, fui com a ACS até a residência de Orquídea que fica em frente à ESF. Quando chegamos, disse a ACS que não precisava me acompanhar, que poderia demorar muito, mas ela afirmou que não tinha problema, pois após a entrevista ela faria a visita e os questionamentos rotineiros à paciente. A profissional e a filha da paciente estiveram presentes durante toda a entrevista. A residência também era bem simples e a paciente mostrou-se um pouco reservada, não falando muito, quando respondia aos questionamentos. Essa paciente

participava anteriormente do grupo de caminhada, mas por orientação médica teve que abandonar a atividade, sendo que quem coordenava o grupo, quando a paciente sentiu-se mal, era esta mesma ACS e este fato foi referido por ambas. Quanto à diabetes ela conta que não vai deixar a doença derrubá-la e vai vivendo como é possível. Uma das perguntas do roteiro de entrevista abordava o vínculo da paciente com os profissionais da ESF, sendo que tive que questionar a paciente com ACS presente, neste momento, ambas afirmaram que a relação era boa. Terminada a entrevista, desliguei o gravador e perguntei a ACS se ela gostaria que eu me retirasse, para que ela tivesse maior privacidade com a paciente; ela negou e fez as suas perguntas rotineiras na minha presença. Quando estávamos nos retirando, Orquídea veio me mostrar a guirlanda que havia feito no grupo de artesanato.

No mapa descritivo de Orquídea, percebe-se que ela atualmente participa do grupo de artesanato que ocorre semanalmente numa sala da ESF e é coordenado por esta ACS, pertencente à unidade. Assim é nítido o vínculo que existe entre ambas, tendo sido relatado durante a entrevista. Neste caso, o grupo de artesanato e o vínculo com a ACS funcionam como uma porta de entrada no serviço de saúde, pois a usuária possui um vínculo fraco com a ESF, fato este confirmado pela própria ACS, quando relata que a última consulta médica dela na unidade foi há meses atrás. A paciente afirma que gosta de participar do grupo, pois se reúne, anima-se, espairose e conversa com os outros participantes, mas confessa que segue as orientações ao seu modo. A ACS confirma isso, quando diz que ela é “cabeça dura”. Quanto ao seu autocuidado, ela refere que controla a dieta, mas às vezes extrapola, não faz exercício físico por orientação médica, faz uso de medicação prescrita, realiza o controle da glicemia, reconhece os sintomas e faz uso de chás.

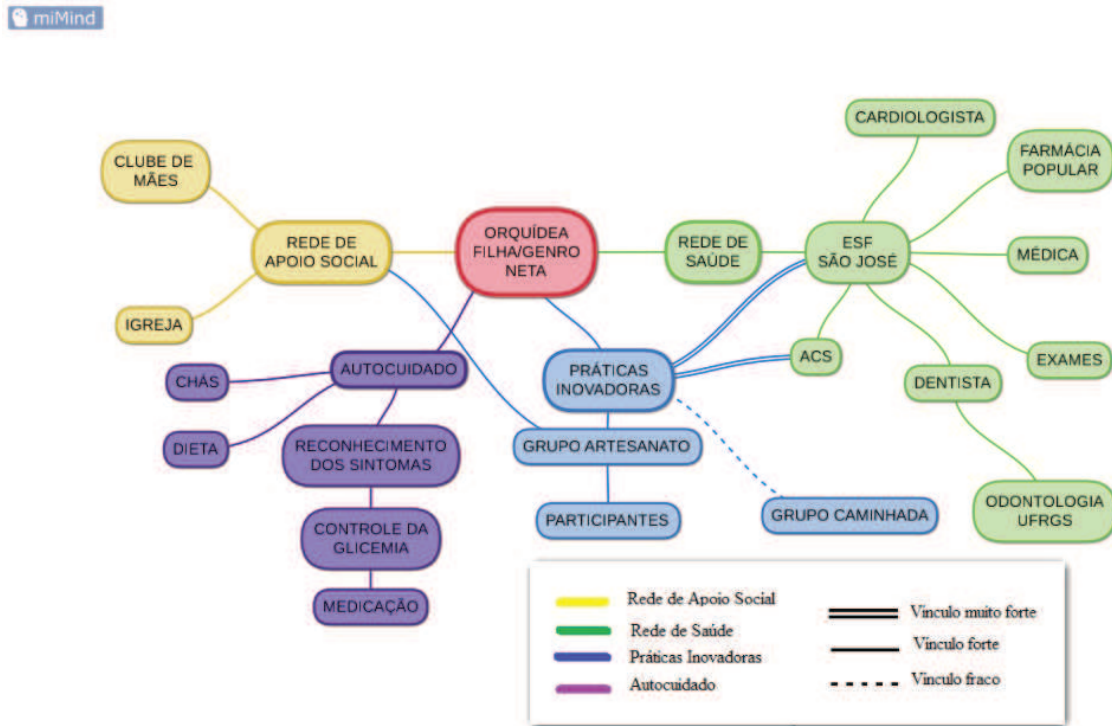
Figura 17 – Mapa descritivo Orquídea



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Orquídea, verificamos a ligação existente entre o grupo de artesanato e a ESF São José, sendo que a unidade que realiza o grupo e quem o coordena é uma ACS pertencente a ela. Nesse caso, o grupo de artesanato tem influência no autocuidado da paciente, pois a atividade funciona como uma rede de apoio social, devido ao vínculo que a usuária mantém com os demais participantes e com a ACS.

Figura 18 – Mapa interligado Orquídea

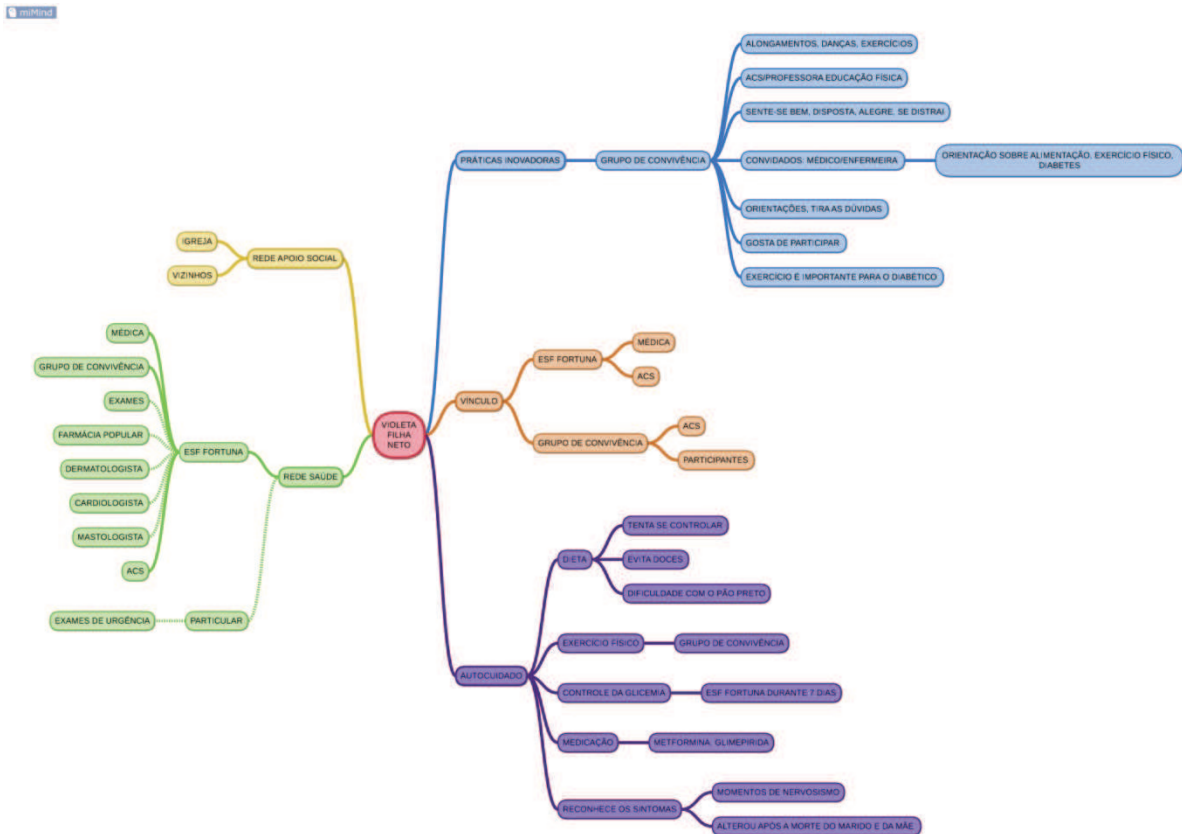


Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Realizei três entrevistas da ESF Fortuna no dia 05 de Abril: Violeta, Jasmim e Lírio. Desci do transporte na escola Primo Vacchi, onde era realizado o grupo e perguntei em um supermercado onde ficava a residência da primeira entrevistada. Diferente das outras residências, essa era de classe média, a entrevistada estava em casa cuidando do seu neto que mora na casa ao lado, no mesmo terreno. A entrevista foi realizada na sala de estar, e em diversos momentos a paciente emocionou-se ao lembrar do marido e da mãe que faleceram recentemente, afirmando ainda que antes eles eram três e agora ela estava sozinha. Pude perceber durante a entrevista que essas duas perdas são muito recentes para a paciente e que ela sofre muito ao lembrar. Quanto à paciente, ela me pareceu triste em alguns momentos, tímida, mas foi receptiva comigo. Violeta confessou-me que após as perdas teve de fazer uso de medicamentos controlados, mas que os abandonou, pois não queria ficar dependente deles, também contou-me que é costureira, mas que essa renda não é necessária, pois é pensionista e só desempenha essa atividade para se distrair.

No mapa descritivo de Violeta, participante do grupo de convivência, ela afirmou que se sente disposta, alegre e se distrai, que gosta de participar, segue as orientações e esclarece suas dúvidas. Também frisou a importância do exercício físico para o diabético. A paciente disse ainda que, em dias eventuais, outros profissionais convidados participam do grupo como médico e enfermeira fornecendo orientações sobre dieta, exercício físico e diabetes. A usuária conserva um vínculo forte tanto com o grupo de convivência por meio das ACS e participantes, quanto com a ESF Fortuna através da médica e ACS. Em relação ao autocuidado, relata que tenta controlar a dieta, que evita doces, mas tem dificuldade com o pão preto. Pratica exercício físico no grupo de convivência, onde realiza alongamentos, danças e exercícios orientados pelas ACS. Além disso, relatou que estava fazendo um acompanhamento da glicemia durante 7 dias por orientação da médica da ESF, afirmou que reconhece os sintomas da doença e percebeu que a sua glicemia eleva-se em momentos de nervosismo e que sofreu alteração nos níveis após a morte do marido e da mãe. Faz uso de medicação prescrita.

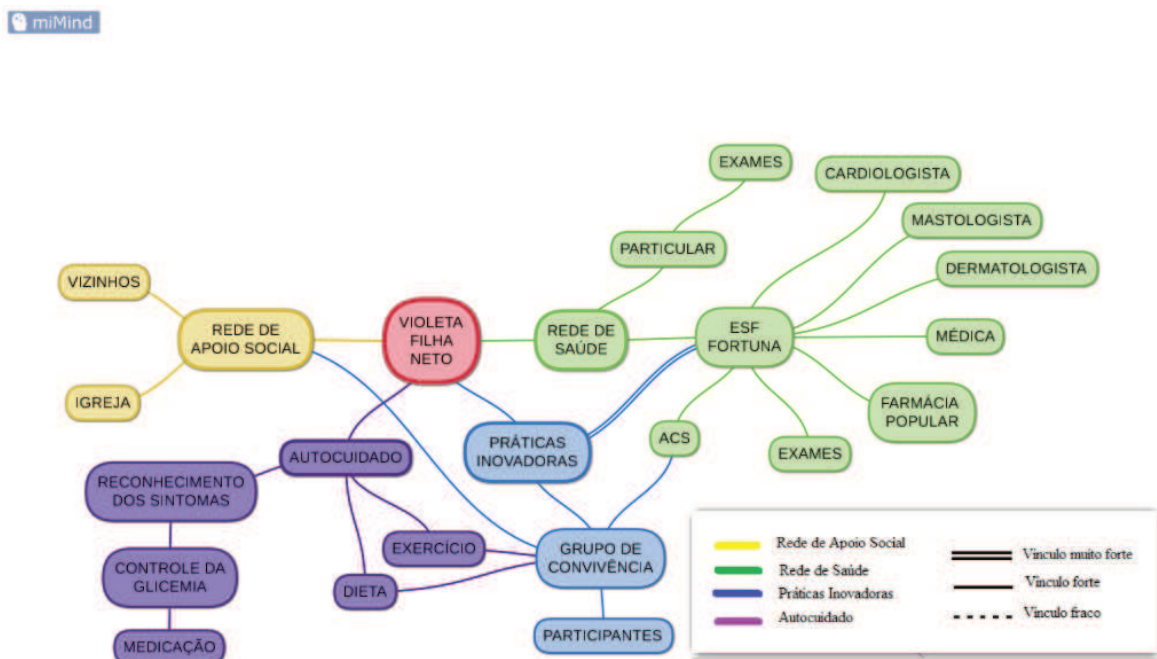
Figura 19 – Mapa descritivo Violeta



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Violeta, observamos a associação existente entre o grupo de convivência e a ESF Fortuna, sendo que a unidade realiza o grupo e disponibiliza suas ACS para coordená-lo. Quanto ao grupo de convivência, este incide no autocuidado por meio de orientações sobre dieta, exercício físico e diabetes, além disso, também tem a função de rede de apoio social, devido à relação construída entre os participantes.

Figura 20 – Mapa interligado Violeta



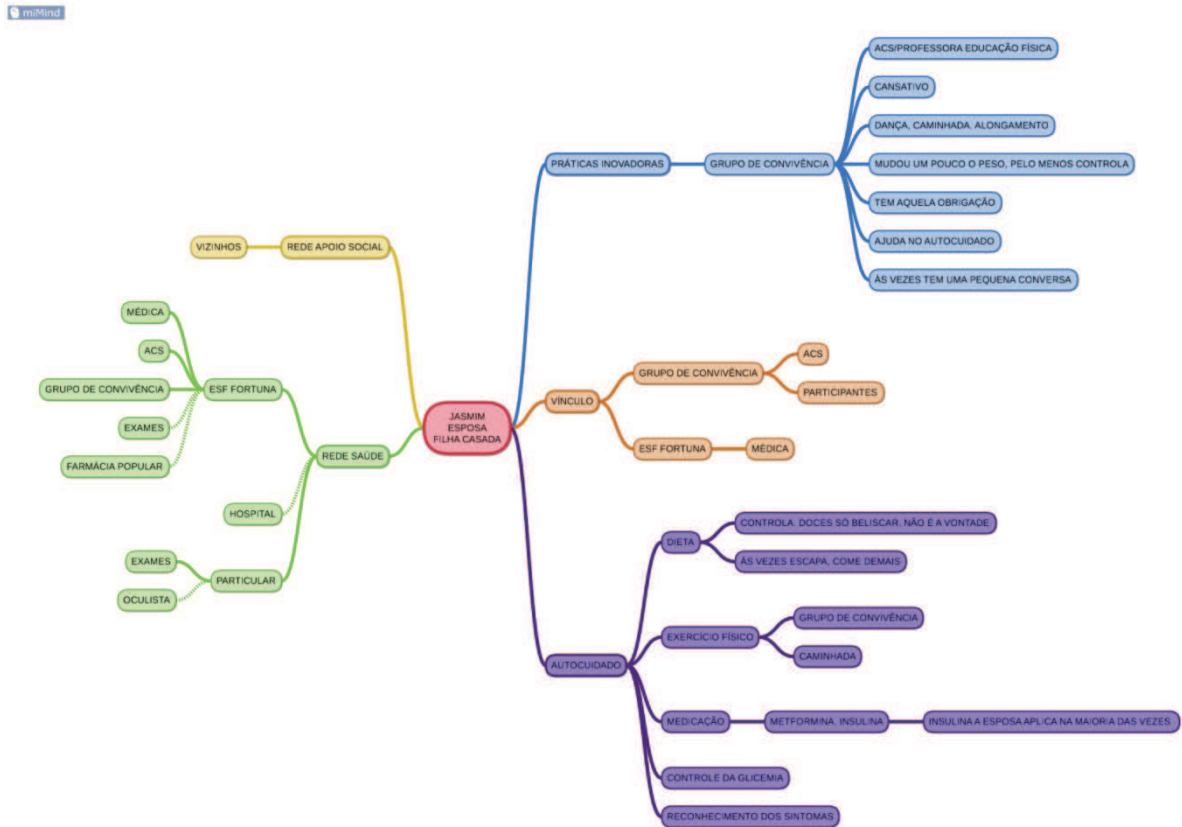
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Quando cheguei à casa de Jasmim, notei-o desconfiado e indeciso sobre participar da pesquisa. A residência era simples, estava em obras e a filha dele morava no mesmo terreno. A entrevista ocorreu na sala de estar e a esposa esteve sempre presente. Expliquei a ele novamente a pesquisa, li o termo de consentimento, questionei se gostaria de participar e solicitei sua assinatura no termo. Neste momento, ele ainda estava indeciso, esclareci a ele que era somente uma conversa e perguntei se podia ligar o gravador, afirmando que ele poderia pensar mais um pouco e assinar o termo apenas ao final da entrevista. Comprometi-

me que, caso ele não assinasse o termo, eu iria deletar o áudio. A esposa, nesta situação, incentivou-o a participar e assinar o documento. Iniciamos a entrevista e eu senti que o paciente mostrava-se desconfiado e falando pouco. Quando questionado sobre a diabetes, diversas vezes mostrou-se chateado por possuir a doença e pelas restrições impostas por ela, além de afirmar que, às vezes, não segue as orientações quanto à dieta. Notei ainda que a esposa oferece-lhe muito apoio, sendo ela que aplica a insulina no paciente. Quando finalizamos a entrevista, perguntei ao paciente as impressões dele sobre a entrevista e perguntei se ele assinaria o termo ou não, sendo que decidiu por assiná-lo. Pedi a ele que me orientasse sobre a residência do próximo entrevistado (Lírio).

No mapa descritivo de Jasmim, observa-se que em relação ao grupo de convivência, ele afirma que a atividade o ajudou a perder um pouco de peso, mas gostaria de ter perdido ainda mais, ressalta que o grupo pelo menos controla a diabetes. Além disso, reclama que a atividade é cansativa, que tem aquela obrigação de participar e conta que, às vezes, ocorre uma pequena conversa, concorda que ajuda no autocuidado. É possível perceber também o vínculo existente entre as ACS que trabalham na ESF e os participantes do grupo de convivência que são vizinhos de bairro e do paciente com a médica da ESF. Quanto ao autocuidado, ele confirma que controla a dieta, mas relata que, às vezes, escapa e come demais, refere ainda que só pode “beliscar” os doces, que não é à vontade. Pratica exercício físico no grupo de convivência e também realiza caminhadas no bairro. Faz uso de medicação prescrita, inclusive insulina. Realiza o controle da glicemia e reconhece os sintomas.

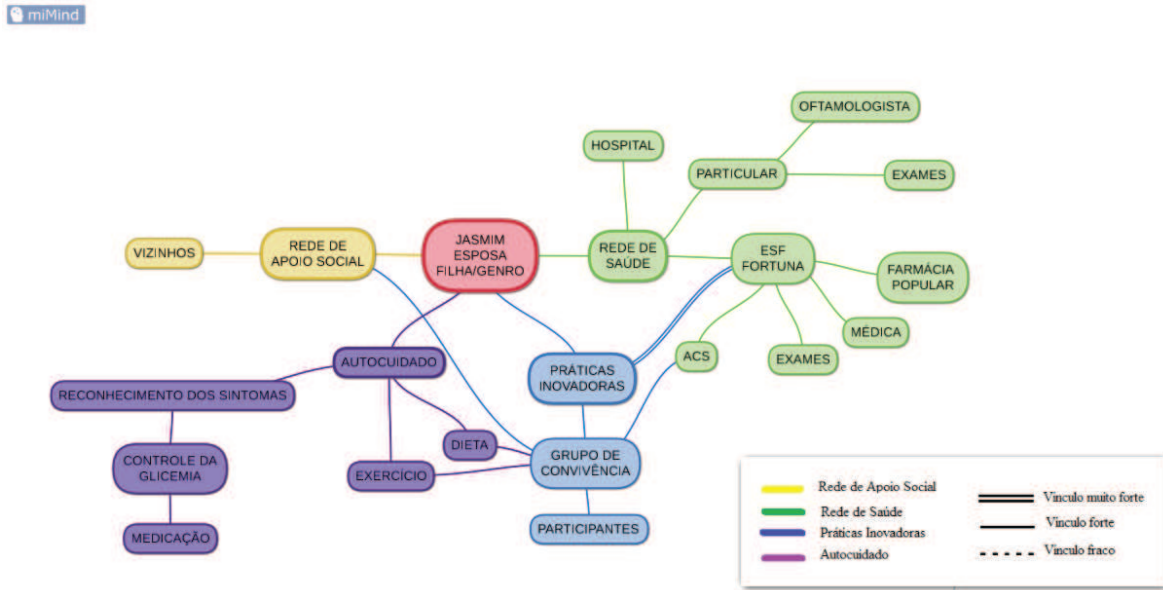
Figura 21 – Mapa descritivo Jasmim



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Ao observar o mapa interligado de Jasmim, visualizamos as ligações existentes entre o grupo de convivência e a ESF Fortuna, pois a unidade coordena a atividade por meio de suas ACS. Além disso, a abordagem inovadora atua no autocuidado, por meio de orientações sobre a patologia, a dieta e o exercício físico. O grupo também age como uma rede de apoio social para os participantes.

Figura 22 – Mapa interligado Jasmim



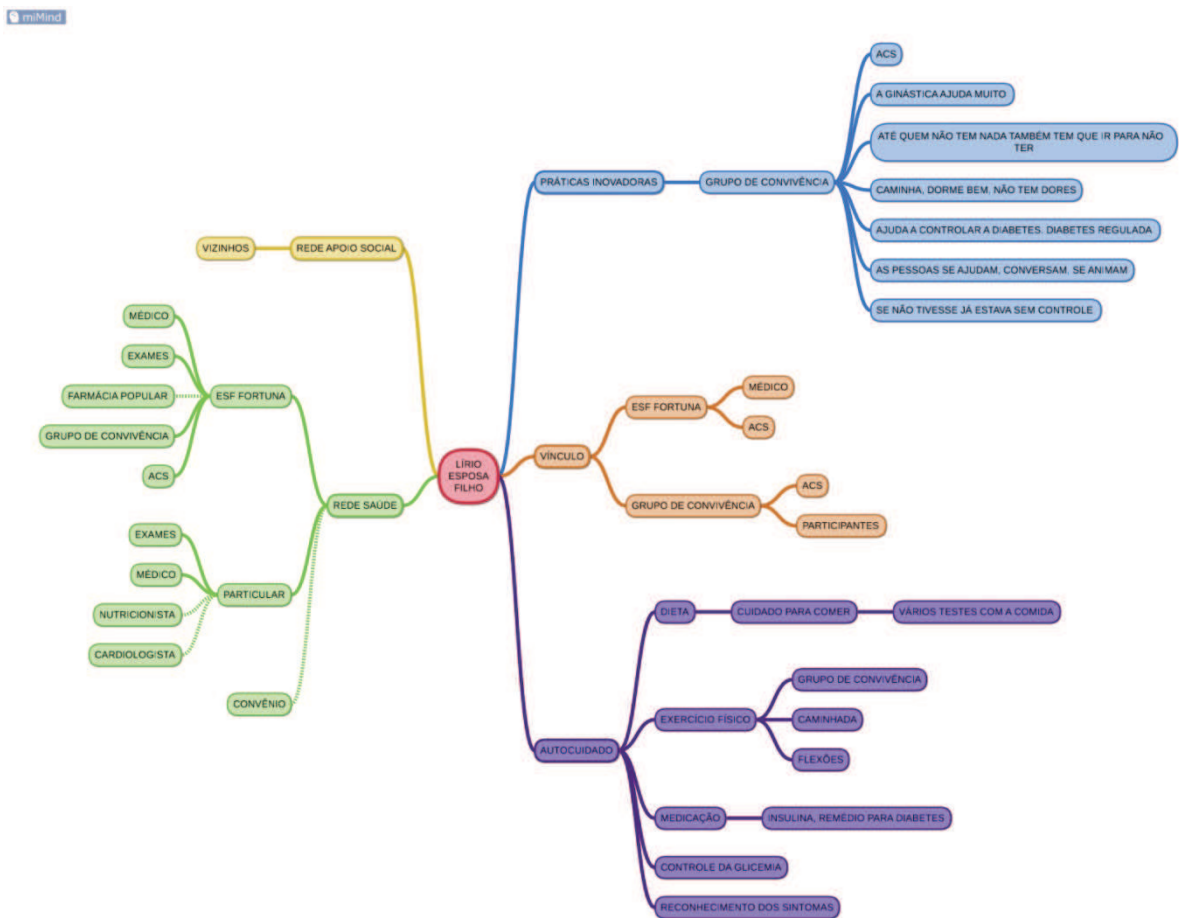
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

Ao encontrar o próximo entrevistado Lírio, sentado na frente de casa, questionei-o se preferia responder a entrevista dentro de casa ou ali, ele optou por ficar na rua mesmo. O paciente mostrou-se receptivo e muito falante, relatando os testes que faz com a comida para verificar como a sua glicemia se comporta. Também contou histórias sobre o seu antigo emprego e referiu ter ficado doente quando se aposentou, necessitando de medicação controlada; explicou ainda que atualmente tem um posto de lavagem na sua residência. O usuário relatou que utiliza bastante a rede de saúde particular para exames principalmente, e que na ESF Fortuna costuma ir na consulta médica para obter a solicitação dos exames. Quando finalizamos a entrevista, pergunto-lhe onde mora o próximo entrevistado e também sobre a senhora que eu pretendia entrevistar. Ele me diz que ela está acamada e em atendimento domiciliar com os profissionais do posto.

Observando o mapa descritivo de Lírio, pude notar que sobre o grupo de convivência, este afirmou que lá as pessoas se ajudam, conversam e se animam, ressaltando que a ginástica faz bem e ajuda a controlar a diabetes mantendo-a regulada. O entrevistado resalta que se não frequentasse o grupo, já estaria sem controle e relata também que dorme bem e não tem mais dores. Por fim, concluí que até quem não tem doença nenhuma deveria frequentar o grupo para não ter. Percebi

que existe um bom vínculo entre o entrevistado, as ACS e os demais participantes do grupo, além de uma boa relação com os vizinhos que passaram na rua durante a entrevista. Sobre o autocuidado, ele relata que tem cuidado com o que come. Também afirmou que realiza várias atividades físicas, além do grupo de convivência, como caminhada e flexões em casa. Afirma que faz o controle da sua glicemia, reconhece os sintomas e utiliza a medicação prescrita.

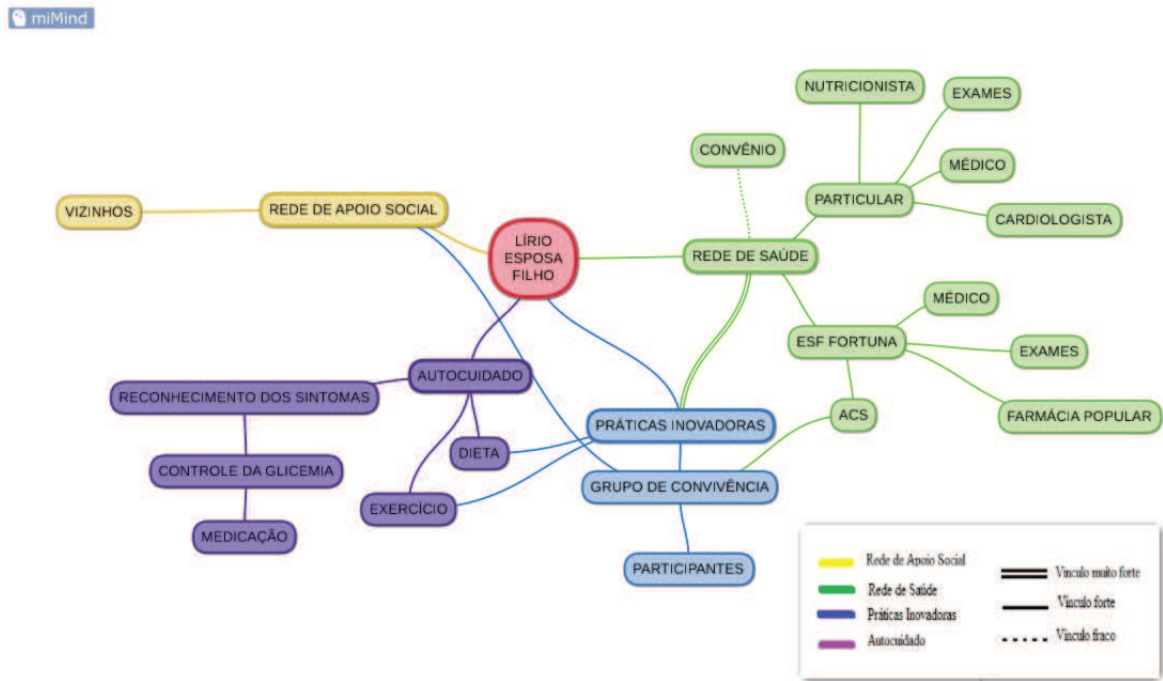
Figura 23 – Mapa descritivo Lírio



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Lírio, nota-se a associação entre o grupo de convivência e a ESF Fortuna, através das ACS. Ainda é possível observar que a abordagem inovadora age como influenciadora no autocuidado, fornecendo orientações sobre a doença, dieta e exercício e exercendo a função de rede de apoio social, pela construção de uma boa relação entre os participantes.

Figura 24 – Mapa interligado LÍRIO



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

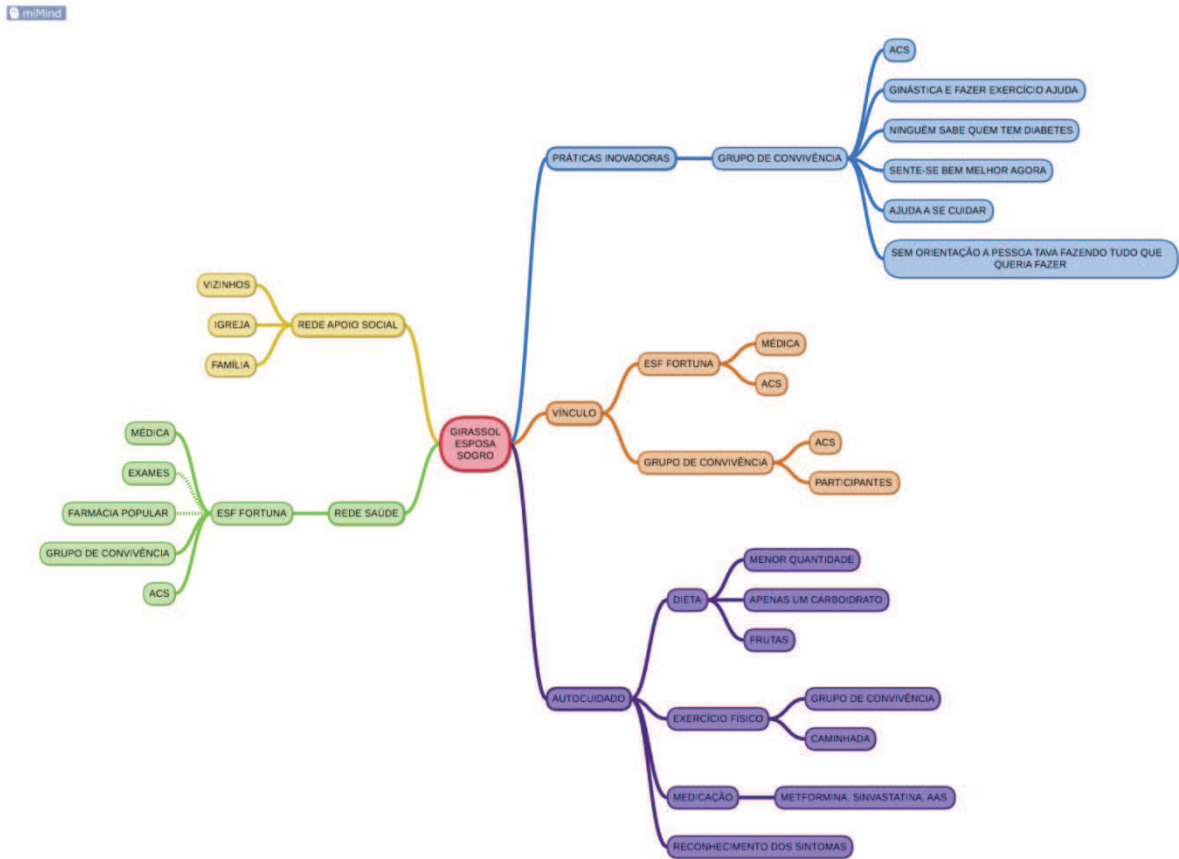
Dirijo-me à casa da senhora que eu iria entrevistar, e encontro a filha dela lá na frente. Explico sobre a pesquisa e questiono se poderia conversar com a mãe dela após o término do atendimento domiciliar ou se prefere que eu volte somente na próxima semana. A filha me pede para voltar somente na próxima semana, pois sua mãe está muito doente no momento. Na outra semana, volto ao bairro e sou informada por Lírio que a senhora foi para a casa da filha em um bairro vizinho.

Ao chegar à casa de Girassol, vejo-o se arrumando para sair e pergunto se ele deseja que eu volte no turno da tarde ou na semana que vem. O entrevistado pede que eu volte apenas no dia 12 de Abril. Chegando no dia combinado à casa do entrevistado, encontro ele e a esposa na varanda, a entrevista ocorre ali mesmo, sendo que a esposa permanece ali por alguns minutos e logo se retira para cuidar do pai dela. Percebi que o entrevistado era receptivo e falante, apenas tive um pouco de dificuldade para entendê-lo, porque ele falava muito rápido e possuía algum distúrbio na dicção. Logo no início, já ficou claro a sua preocupação com o sogro doente que estava acamado, mas sua esposa acaba alertando-o de que a entrevista é sobre ele e não sobre o sogro. Também pude observar que o paciente

estava muito preocupado em relação a sua medicação, pois houve um engano na prescrição da médica da ESF. Ela escreveu na receita uma dosagem mais baixa do que a rotineira. Ao retirar a medicação na farmácia popular, acabou fazendo uso da dosagem errada, percebendo os sintomas e verificando a glicemia descobriu o erro que foi revertido em seguida pela médica da unidade. Quanto ao apoio social, o entrevistado relata que recebe muito apoio da família e cita que sua filha fica controlando-o e fazendo questionamentos sobre a doença e o tratamento.

No mapa descritivo de Girassol, observa-se que o paciente possui uma boa relação com os demais participantes do grupo de convivência, de modo que, quando é necessário disseminar algum recado em relação à atividade, ele que fica responsável por isso. A boa relação com as ACS também fica evidente, quando ele conta situações que viveu no grupo junto com elas. Ainda sobre o grupo de convivência ele afirma que lá ninguém sabe quem tem diabetes dentre eles, ressalta a importância da ginástica e do exercício físico e confessa que se sente bem melhor agora após participar do grupo. Além disso, refere que a atividade ajuda a se cuidar e finaliza dizendo que sem orientação o paciente acaba fazendo tudo o que quer fazer. Quando questionado sobre o autocuidado, ele afirma que controla a dieta comendo em pequenas quantidades, escolhendo apenas um carboidrato e dando preferência às frutas. Também pratica atividade física no grupo de convivência e faz caminhadas até a casa do seu filho que fica no bairro vizinho. Faz uso de medicação prescrita e confirma reconhecer os sintomas da doença.

Figura 25 – Mapa descritivo Girassol

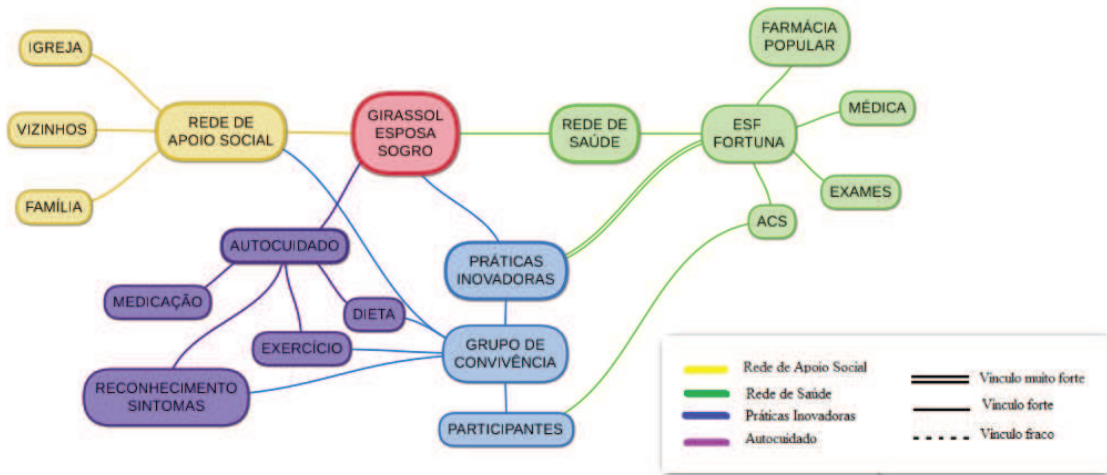


Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Girassol, assim como nos três anteriores, nota-se a ligação entre o grupo de convivência e a ESF Fortuna. Percebe-se ainda a incidência da abordagem inovadora no autocuidado do paciente através da dieta, exercício físico, reconhecimento dos sintomas, além de desempenhar o papel de rede de apoio social.

Figura 26 – Mapa interligado Girassol

miMind



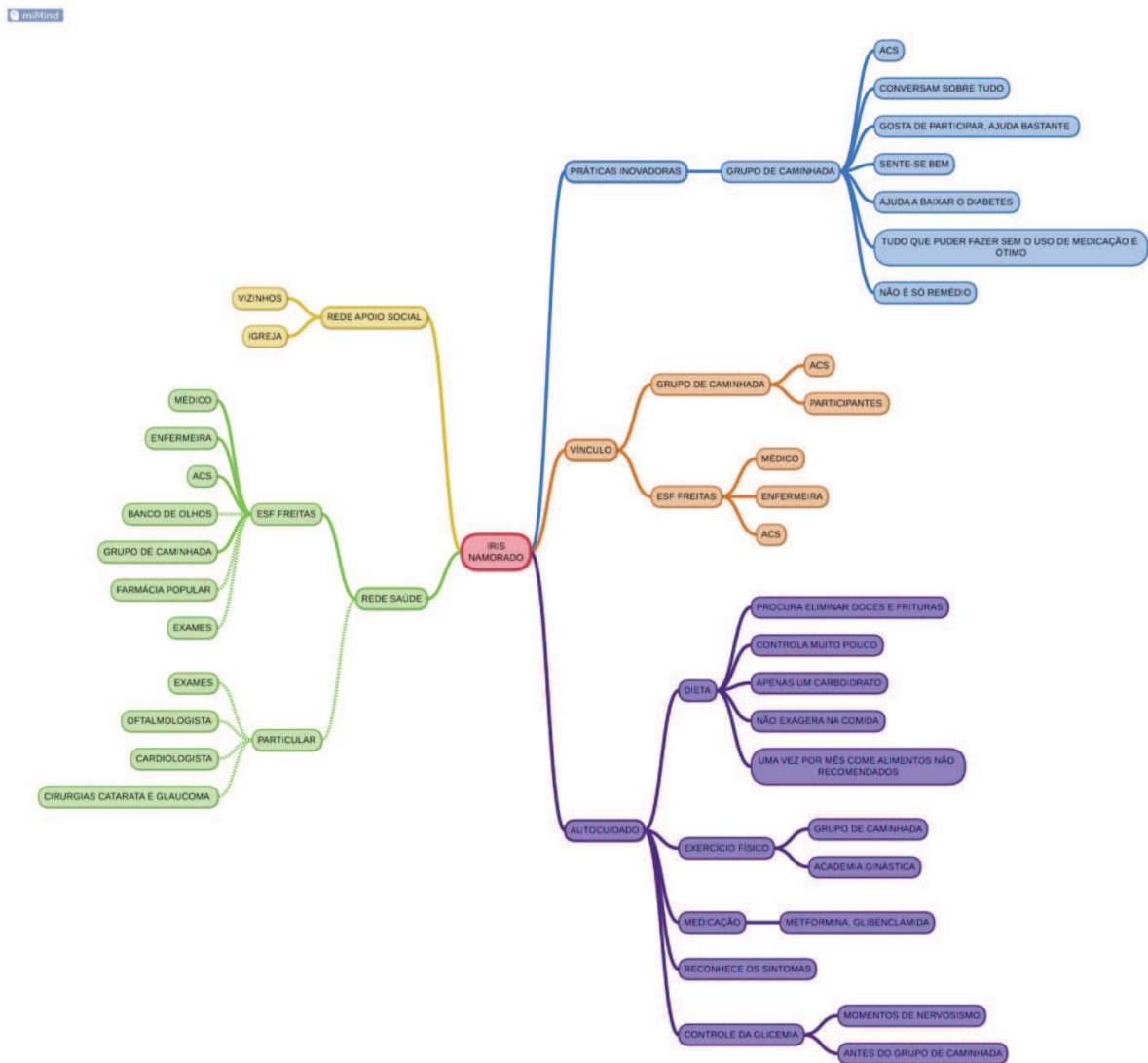
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

A primeira entrevistada na ESF Freitas foi Iris que se mostrou muito receptiva e falante. Além disso, também pude notar o vínculo existente entre as duas pacientes, já que aceitaram responder a entrevista juntas. Tulipa participou da entrevista de Iris, opinando quando julgava necessário. Pude notar que a sua relação com os filhos é muito conflituosa, sendo que esta situação a deixa chateada e triste. A paciente narrou diversos momentos de conflito e ressaltou a falta de apoio familiar. Relatou que possui um namorado, mas este trabalha em outra cidade, visitando-a somente nos finais de semana, apesar disso, afirma que é apoiada. Percebi que a paciente se beneficiaria muito com um acompanhamento psicológico, como ela mesma confessou que teve síndrome do pânico, depressão, já participou de terapia em grupo, já teve consultas individuais com um profissional, mas não se adaptou a esses dois tipos de assistência ou não concordou com a postura dos profissionais. Atualmente, afirma que deseja e que necessita de apoio psicológico. Quando finalizamos, ela combina com Tulipa de se encontrarem no próximo grupo.

No mapa descritivo de Iris, nota-se que com relação ao grupo de caminhada, a paciente gosta de participar, sente-se bem, concorda que ajuda bastante e que os

participantes conversam sobre tudo. Conclui ainda que o grupo ajuda a baixar a diabetes e que o tratamento não é só o remédio, pois tudo que puder ser feito sem o uso de medicação é ótimo. Com ela também fica nítido o apoio que recebe dos vizinhos e participantes do grupo de caminhada, além disso, relata que conversa com a enfermeira da ESF sobre assuntos familiares. Em relação ao autocuidado, ela afirma que não controla muito a dieta e que, às vezes, acaba extrapolando e comendo alimentos não recomendados. Apesar disso, exercita-se no grupo de caminhada e na academia. Quanto aos sintomas, concorda que os reconhece e afirma perceber que o nível da glicemia tende a aumentar em momentos de nervosismo. Realiza o controle da glicemia antes do grupo de caminhada e faz uso da medicação prescrita.

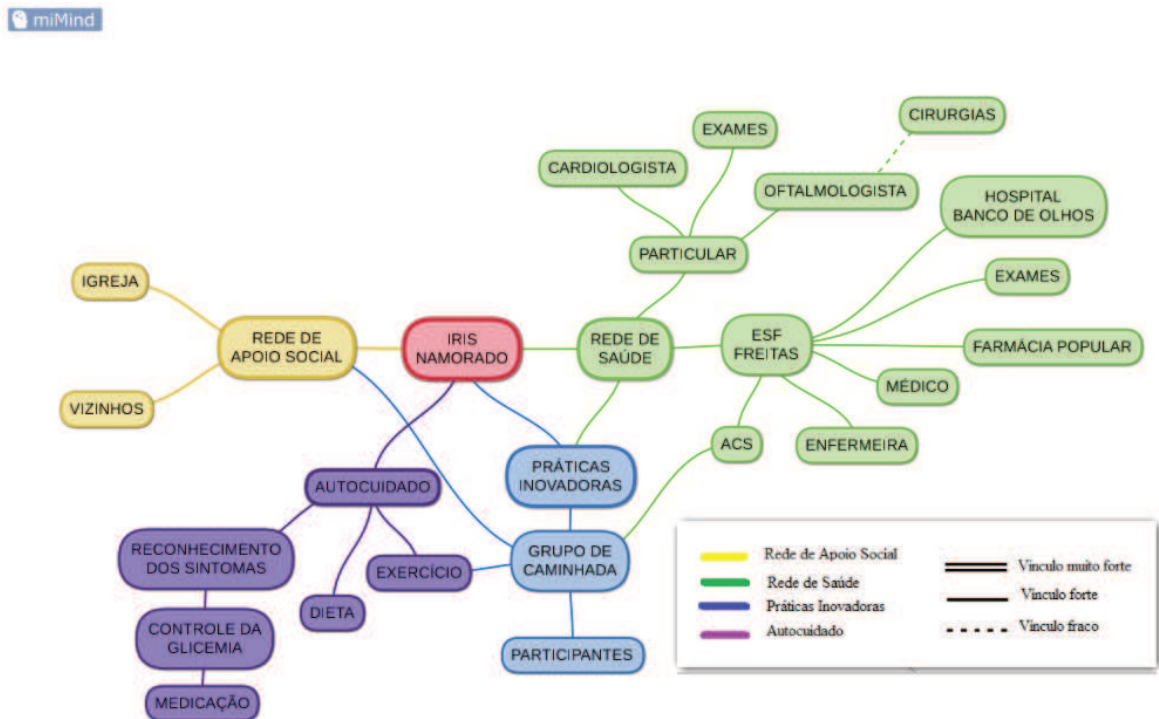
Figura 27 – Mapa descritivo Iris



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Iris, observa-se a associação entre o grupo de caminhada e a ESF Freitas, pois a unidade realiza o grupo que é organizado pelas suas ACS. Além disso, a paciente demonstra possuir um vínculo forte com a enfermeira da ESF. Em relação ao autocuidado, percebe-se que o grupo de caminhada intervém neste aspecto por meio da prática de exercício físico, além do desempenho como rede de apoio social, fato este confirmado pela forte relação que as duas entrevistadas mantêm.

Figura 28 – Mapa interligado Iris



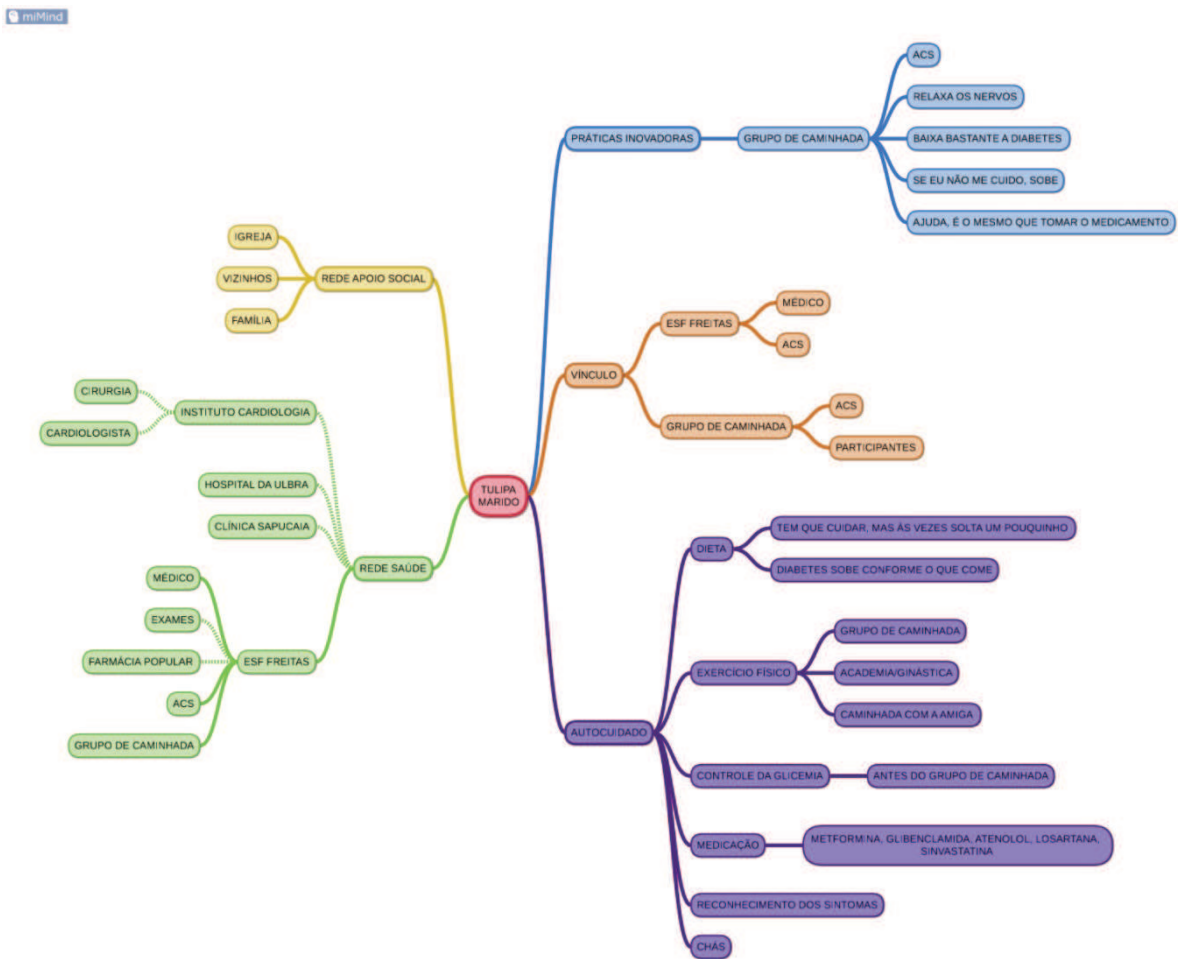
Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

A próxima entrevistada Tulipa demonstra ser receptiva também, porém menos falante. A paciente recebe apoio da família e dos outros participantes do grupo no enfrentamento da doença. Relata preocupação quanto aos efeitos adversos a longo prazo da medicação prescrita, ela e Iris dialogam sobre isso durante a entrevista. Ao final da entrevista, ela relata que sente muitas dores no corpo e que atribui esse problema a ter parado de praticar o pilates; conta-me ainda que antigamente a

Prefeitura oferecia a atividade aos idosos e afirma que gostaria que a atividade voltasse a ser ofertada na ESF.

No mapa descritivo de Tulipa, é possível notar que a paciente relata que o grupo de caminhada relaxa os nervos, reconhece que baixa bastante a diabetes e afirma que se ela não se cuidar a glicemia sobe. Finaliza dizendo que o grupo ajuda e é o mesmo que tomar o medicamento. Pode-se perceber também o forte vínculo com as ACS e com os demais participantes do grupo, ficando evidente durante a entrevista a boa relação que tem com Iris. Quando questionada sobre o autocuidado, ela afirma que cuida a dieta, mas às vezes extrapola, reconhece que a diabetes sobe conforme o que come. É participante do grupo de caminhada, frequenta a academia e ainda faz caminhada com uma amiga. Realiza o controle da glicemia antes do grupo, faz uso de medicação prescrita e chás e afirma que reconhece os sintomas da doença.

Figura 29 – Mapa descritivo Tulipa

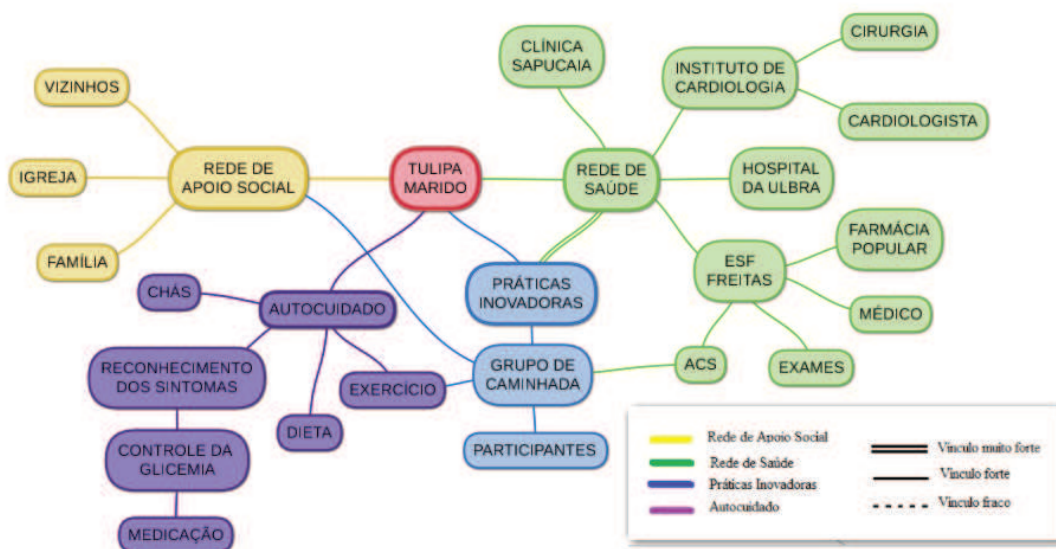


Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

No mapa interligado de Tulipa, assim como no anterior, observa-se a ligação entre o grupo de caminhada e a ESF Freitas através das ACS. Além dessa associação, a atividade também exerce influência no autocuidado, devido à prática de exercício físico. O grupo de caminhada, ao construir um vínculo entre os seus participantes, opera como mais um fator que compõe a rede de apoio social.

Figura 30 – Mapa interligado Tulipa

miMind



Fonte: Elaborado pela autora no software miMind.

PARTE 3 – ARTIGO CIENTÍFICO