



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JOYCE OLIVEIRA MATOS

**ENTRA! TEM CAFÉ. ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
EXERCÍCIO DO AUTOCUIDADO APOIADO DE PACIENTES COM DIABETES**

FORTALEZA-CEARÁ

2018

JOYCE OLIVEIRA MATOS

ENTRA! TEM CAFÉ. ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
EXERCÍCIO DO AUTOCUIDADO APOIADO DE PACIENTES COM DIABETES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara

FORTALEZA-CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Matos, Joyce Oliveira.
Entrar! Tem café. Atuação dos agentes comunitários
de saúde no exercício da autocuidado apoiado de
pacientes com diabetes (recurso eletrônico) / Joyce
Oliveira Matos. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 N pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 99 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação
em Saúde e Humanidades.

Orientação: Prof.ª Dra. Andrea Caprara.

1. Autocuidado. 2. Autocuidado Apoiado. 3.
Agente Comunitário de Saúde. 4. Diabetes Mellitus
Tipo 2. I. Título.

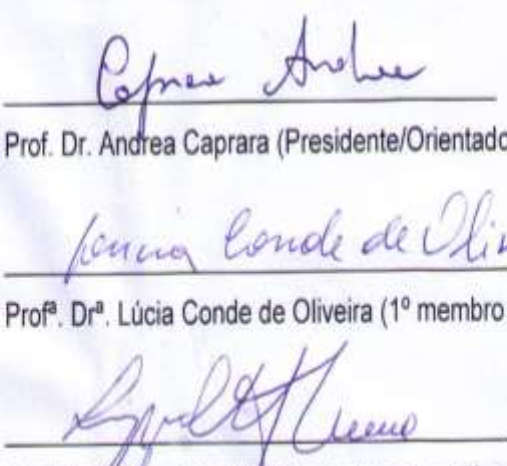
JOYCE OLIVEIRA MATOS

ENTRA! TEM CAFÉ. ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
EXERCÍCIO DO AUTOCUIDADO APOIADO DE PACIENTES COM DIABETES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Aprovada em: 25 de janeiro de 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Andrea Caprara (Presidente/Orientador - UECE)

Prof.^a. Dr.^a. Lúcia Conde de Oliveira (1º membro - UECE)

Prof.^a. Dr.^a. Layza Castelo Branco Mendes (2º membro - UECE)

AGRADECIMENTOS

O percurso do mestrado foi no mínimo provocador, período de mudanças em minha vida pessoal e profissional. Administra-las junto ao crescimento que os estudos a respeito dos temas humanos da saúde coletiva me trouxeram foi desafiador, porém estimulante, pois me impulsionou a olhar para o mundo ao redor de mim, me ensinando a sentir, olhar e ouvir muito além dos limites que eu tinha. Por chegar aqui e completar essa jornada é que meu coração se enche de gratidão e aqui menciono os principais responsáveis por essa conquista que vai além do título de mestre.

Meu primeiro agradecimento dedico **a Deus**, a quem pertence minha vida, e assim experimento a dependência de viver sob a Sua vontade, pois entendo que é sempre melhor do que os meus sonhos mais sensacionais.

Ao meu **marido Rômulo Felipe**, que acredita mais na minha capacidade do que eu mesma e sendo comigo um só corpo não mede esforços para conquistar nossas metas. Ele me ensina e edifica a minha vida com a sua conduta honrada, alegre e otimista.

À **Meg**, sim, agradeço a minha cadela labrador sim, que sendo um presente de Deus veio para a nossa vida e trouxe leveza e carinho para os momentos ansiosos, esquentou meus pés e serviu de travesseiro nos momentos mais difíceis. Só quem tem um animal assim entende isso.

À minha família, meus **pais Júlio e Jane**, minha **tia Nair**, meus **irmãos Juliane e Júlio** e meus cunhados **Sérgio e Carol**, minha formação educacional e pessoal está intimamente ligada a vocês e não podia ser melhor.

À minha **sogra Rita**, a qual sei que me sustenta em oração e com o seu amor. Ao meu **sogro Altemário** e cunhados amados **Israel e Levy**.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, **queridos ACS**, participantes da pesquisa que me acolheram, me ensinaram, me envolveram, que exerceram comigo o que sabem fazer de melhor, cuidaram de mim. Minha admiração, minha gratidão, meu coração a vocês.

Ao meu **Orientador Andrea Caprara**, seu carinho e preocupação em priorizar o bem estar dos que o rodeiam me fez experimentar que é possível ser um profissional fantástico e manter uma postura humanizada em todas as esferas. Um mestre sempre.

Aos meus colegas de grupo de pesquisa, com quem vivenciei momentos preciosos. A turma de sala de aula, por dividirmos tantos saberes, angustias e alegrias. Aos professores e funcionários dessa instituição que agora faz parte de quem sou. Agradeço a eles fazendo menção a **doutoranda Kellyanne Abreu** pela paciência e dedicação dedicada ao meu caminho, minhas dúvidas e aflições. Sou imensamente grata.

Por fim, aos meus amigos, os quais chamo carinhosamente de “**famigos**”, me ajudaram direta e indiretamente nessa conquista. Juntos aliviamos as dores, aprendemos sobre a vida, nos alegramos em cada vitória, porque a conquista de um é conquista de todos.

Só posso dizer: Que vida feliz essa que eu tenho! Que riqueza sem preço essa que eu vivo! Gratidão no Coração e Alegria como sobrenome.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que com carinho exercem um trabalho digno e importante para a saúde coletiva.

“A gente promove a sensibilização e não a conscientização, porque a conscientização parte da pessoa com ela mesma”.

(Participante da Pesquisa - ACS 01)

RESUMO

O Ministério da Saúde afirma no Documento de Diretrizes para o Cuidado das pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritários, que para se obter sucesso nos tratamentos realizados é necessário que o usuário desenvolva uma postura de autocuidado efetiva em relação a suas condições de saúde. O Autocuidado pode ser compreendido como a participação ativa do usuário no seu processo de tratamento, comprometendo-se a incorporar ao seu estilo de vida condutas saudáveis de acordo com as necessidades referentes a sua condição de saúde. Estudos mostram que para as mudanças a respeito das alterações nas escolhas alimentares, a correta administração dos medicamentos prescritos e a aderência da prática de atividades físicas, a sensibilização é a ferramenta principal para a real aplicação e aderência dessas ações em sua rotina. Atitudes baseadas na preocupação com a sua condição clínica, bem-estar físico e mental, é o ponto de partida de melhorias efetivas nos resultados da convivência desse paciente com a sua cronicidade sem abrir mão da qualidade de vida. Essas aplicações de mudanças podem ser facilitadas ao passo de que se tenha uma rede de apoio que auxilie o paciente, aplicando ações de Autocuidado Apoiado nas intervenções realizadas junto a esses pacientes. O Agente Comunitário de Saúde é percebido como um forte promotor de autocuidado e ações de autocuidado apoiado. Nesse contexto, essa pesquisa de natureza qualitativa teve por objetivo analisar as práticas de autocuidado apoiado realizadas nas intervenções dos Agentes Comunitários de Saúde com os pacientes diabéticos da sua área de atuação na Estratégia de Saúde da Família. Foi utilizada a técnica da observação assistemática para a coleta de dados durante as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde que foram acompanhadas pela pesquisadora, entrevistas individuais semiestruturadas e rodas de conversa para extrair significados e informações a respeito da compreensão de Autocuidado e ações de Autocuidado Apoiado realizadas pelos profissionais nas suas rotinas de trabalho, usando a Análise de conteúdo proposta por Bardin para a análise dos dados coletados. Foi possível perceber que existe divergência conceitual por parte de alguns participantes a respeito do significado de Autocuidado, mesmo que de forma instintiva as ações de promoção do autocuidado aconteçam com certo êxito em seu conceito nas ações praticadas por eles. Autocuidado Apoiado é uma atitude de apoio ao sujeito quanto a sua autonomia em cuidar de si mesmo. É o apoio e colaboração no desenvolvimento das

atitudes de autocuidado do assistido. Para isso, o estreitamento das relações entre a equipe de saúde e o paciente é a chave para o sucesso dessa abordagem. Visto que o vínculo é percebido como base para essas ações, foi possível perceber que ele é uma realidade no contato paciente e Agente Comunitário de Saúde das áreas pesquisadas. Por isso acreditamos que a capacitação para exercer o autocuidado apoiado com qualidade elevada teria repercussões ainda mais eficazes nas ações de promoção do autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado. Autocuidado Apoiado. Agente Comunitário de Saúde. Diabetes Mellitus Tipo 2

ABSTRACT

The Ministry of Health states in the Guidelines Document for the Care of People with Chronic Diseases in Health Care Networks and Priority Care Lines that in order to be successful in the treatments performed it is necessary for the user to develop an effective Self-Care posture in relation to their health conditions. Self-Care can be understood as the active participation of the user in their treatment process, committing themselves to incorporate into their lifestyle healthy behaviors to the needs related to their health condition. Studies show that for changes in eating choices, correct administration of prescribed medications and adherence to physical activity, awareness is the main tool for the current application and adherence of these actions to their routine. Attitudes based on concern about their clinical condition, physical and mental well-being, is the starting point of effective improvements our results of the patient's coexistence with their chronicity without giving up the quality of life. These applications of changes can be facilitated while having a support network that assists the patient, applying actions of Supported Self-Care in the interventions performed with these patients. The Community Health Agent is perceived as a strong promoter of these and other actions of Supported Self-Care. In this context, this qualitative research had the objective of analyzing the practices of Supported Self-Care in the interventions of the Community Health Agents with the diabetic patients of their area of action in the Family Health Strategy. The Assistematic Observation technique was used to collect data during the home visits of the Community Health Agents that were accompanied by the researcher, individual semi-structured interviews and rounds of conversation to extract meanings and information regarding the understanding of Self-care and Supported Self-Care actions performed by professionals in their work routines, using the Content Analysis proposed by Bardin for the analysis of the data collected. It was possible to perceive that there is conceptual divergence on the part of some participants regarding the meaning of Self-care, even if instinctively as self-care promotion actions succeed in their concept of actions practiced by them. Supported Self-Care is an attitude of support to the subject as to his autonomy in taking care of himself. It is the support and collaboration in the development of attitudes of self-care of the assisted. To this end, the close relationship between the health team and the patient is the key to the success of this approach. Since the bond is perceived as the basis for these actions, it was

possible to perceive that it is a reality in the patient contact and Community Health Agent of the researched areas. Therefore, we believe that the training to perform Self-Care Supported with even higher quality would have more effective repercussions on the actions to promote Self-care.

Keywords: Self-care. Supported self-care. Community health agente. Diabetes mellitus type 2

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Compilação dos objetivos do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes	24
Quadro 2 –	Os 5 elementos de Autocuidado Apoiado da Metodologia dos 5A	28
Quadro 3 –	Atribuições da profissão do Agente Comunitário de Saúde	32
Quadro 4 –	Caracterização dos ambientes das UBS.....	40
Quadro 5 –	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	42
Quadro 6 –	Organização das visitas domiciliares.....	45
Figura 1 –	Mapa das Secretarias Regionais de Saúde do município de Fortaleza-Ce.....	36
Figura 2 –	Mapa da SR IV por bairros, Fortaleza-CE.....	37
Figura 3 –	Mapa da SR V por bairros, Fortaleza-CE.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
APS	Atenção Primária a Saúde
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PRONUTRA	Programa Interdisciplinar de Nutrição aos Transtornos Alimentares e Obesidade
DSM	Manual Diagnóstico de Doenças Psiquiátricas
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da saúde
PSF	Programa da Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao desenvolvimento Científico e Tecnológico
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SR IV	Secretaria Regional IV
SR V	Secretaria Regional V
UECE	Universidade Estadual do Ceará
ESB	Equipes de Saúde Bucal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
1.2	APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O TEMA.....	16
1.3	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	19
2.2	DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	21
2.3	AUTOCUIDADO.....	23
2.4	AUTOCUIDADO APOIADO.....	25
2.5	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	30
3	OBJETIVOS	34
3.1	GERAL.....	34
3.2	ESPECÍFICOS	34
4	METODOLOGIA	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.2	PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA.....	36
4.2.1	Unidade Básica de Saúde Luís Albuquerque Mendes.....	37
4.2.2	Unidade Básica de Saúde José Paracampos.....	38
4.2.3	Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.....	40
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	41
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	43
4.4.1	Apresentação da proposta de estudo aos ACS	43
4.4.2	Visita domiciliar no território com o ACS.....	43
4.4.3	Entrevista Individual.....	45
4.4.4	Roda de conversa.....	46
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50

5.1	RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO NAS VISITAS DOMICILIARES.....	50
5.1.1	A imersão nas visitas domiciliares.....	50
5.1.2	O encontro com os Agentes Comunitários de Saúde e entrada no território.....	53
5.1.3	O desenrolar do cuidado do Agente Comunitário de Saúde no ambiente domiciliar.....	55
5.1.4	A interação pesquisador e Agente Comunitário de Saúde.....	64
5.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E RODAS DE CONVERSA.....	66
5.2.1	Categoria 1.....	66
5.2.1.1	Significados do autocuidado.....	66
5.2.1.2	Autocuidado e consciência.....	69
5.2.2	Categoria 2.....	72
5.2.2.1	O vínculo como chave para a efetivação do autocuidado apoiado.....	72
5.2.3	Categoria 3.....	78
5.2.3.1	Práticas e estratégias de autocuidado apoiado.....	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICES.....	95
	APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - VISITAS DOMICILIARES	96
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE.....	97
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Calcula-se que o Brasil está em quarto lugar entre os países com maior número de pessoas com diabetes, sendo aproximadamente 12 milhões de diagnósticos verificados entre pessoas de faixa etária entre 20 a 79 anos (FLOR; CAMPOS, 2017). Esses números são fatores diretos para a importância das pesquisas em prol de maior profundidade para tratamentos tanto medicamentoso quanto as terapias não medicamentosas, visando mais tecnologia, material e humana, para os manejos dos cuidados com pacientes diabéticos.

Os cuidados conferidos aos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é um dos mais complexos desafios para o sistema de saúde pública atual, principalmente para as equipes de saúde atuantes na Atenção Primária a Saúde (APS), que apresenta como um dos seus princípios o cuidado longitudinal (STARFIELD, 2011). As doenças crônicas evoluem de forma lenta e gradual, além de se desenvolverem por causas multifatoriais e aspectos variáveis como estilo de vida, hereditariedade, fatores ambientais e fisiológicos e outras mais compondo um quadro extenso e complexo dos conceitos e explicações a respeito das doenças (MENDES, 2012).

O Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, uma doença metabólica que evolui cronicamente a partir da inexistência, no caso do Diabetes Mellitus tipo 1, e a ineficiência da produção de insulina ou a má absorção dela pelos tecidos periféricos, no caso do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Por conta desses fatores, essa doença exige um contínuo autogerenciamento do paciente no que tange o seu modo de vida e requer adaptações no cotidiano (FLOR; CAMPOS, 2017). De acordo com a *Sociedade Brasileira de Diabetes* (SBD), o autocuidado deve fazer parte do cotidiano da pessoa como uma prática fundamental do plano terapêutico, objetivando o controle, a redução das complicações e a melhora na qualidade de vida do paciente (SBD, 2016).

Especificamente no cuidado com pessoas com DM2, uma DCNT que apresenta alta frequência, é preciso observar a gravidade do problema, pois considerando os números levantados, é possível considerá-la uma epidemia mundial (WHO, 2016), apresentando

grandes desafios aos Sistemas de Saúde para superar os agravos da doença, assim como promover a prevenção.

A necessidade do Sistema de Saúde se organizar para assistir essa demanda de forma adequada é um fato, e apressar-se para isso é uma necessidade, visto que os números de diagnóstico crescem rapidamente, deixando em apuros a situação de saúde da população (MENDES, 2010).

Dentre as funções do Agente Comunitário de Saúde (ACS) estão: Rastrear e mapear os grupos de risco, cadastrar as famílias da sua microárea e manter atualizadas, informar os usuários sobre os serviços de saúde, promover um vínculo com as famílias e a comunidade, acompanhar as famílias por meio das visitas domiciliares em conjunto com a equipe da Estratégia de Saúde da Família, realizar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças explicando sobre as doenças crônicas e endêmicas dando enfoque na prevenção, diagnóstico e tratamento, auxiliar a equipe de saúde (BRASIL, 2012). É possível perceber que dentre as obrigações descritas do profissional, a maioria se refere diretamente ao ensino do processo de autocuidado do paciente, tornando assim, a promoção do autocuidado do paciente e o autocuidado apoiado os grandes eixos do trabalho do ACS.

1.2 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O TEMA

Durante as disciplinas de estágio supervisionado na graduação de psicologia, tive a oportunidade de ser aluna extensionista do Programa Interdisciplinar de Nutrição aos Transtornos Alimentares e Obesidade (PRONUTRA), um Programa de extensão universitária, vinculado à Vice-Reitoria de Extensão da Universidade de Fortaleza, lançado em 2005 pelo curso de Nutrição da referida universidade, voltado ao tratamento ambulatorial, usando a perspectiva interdisciplinar, de pacientes que sofrem com Transtornos Alimentares e Obesidade.

O Programa tem o objetivo de ser uma referência Norte/Nordeste no tratamento de pessoas com diagnóstico de Transtornos Alimentares descritos no Manual Diagnóstico de Doenças Psiquiátricas (DSM), além de ser espaço de produção de pesquisa e difusão de conhecimento a respeito deste e de temas relacionados. O Programa atende de forma gratuita e atende a população que chega por demanda espontânea.

Neste programa, participei de encontros semanais da equipe de apoio que, incansavelmente, discutiam melhores formas de intervenções para promover maior adesão aos tratamentos e a participação das sessões de psicoterapia, terapia nutricional e intervenção psiquiátrica. Os anos trabalhados lá me trouxeram aprendizados a respeito da motivação para a mudança e da característica de baixa autoresponsabilidade para consigo e sua enfermidade.

O meu interesse pessoal à linha de pesquisa a qual estou vinculada, se dá por considerar que o indivíduo que almeja sucesso acerca do seu bem-estar biopsicossocial, precisa estar ativamente implicado nessa busca, sendo ele o ator principal dos seus cuidados e desenvolvendo suas prioridades quanto a sua saúde.

Sendo as mudanças comportamentais estritamente necessárias para a objetivação deste autocuidado, é certo que o apoio e a motivação são de suma importância para a conquista de novos hábitos e comportamentos mais saudáveis no cotidiano. Portanto, promover o autocuidado de pacientes com doenças crônicas, no caso o DM 2, é uma máxima que deve ser priorizada por todos os profissionais que lidam com a saúde de um modo geral, e por isso a compreensão e a responsabilidade de exercitar o autocuidado apoiado precisam ser constantes.

Como psicóloga considero a importância do autocuidado apoiado como uma ferramenta valiosa para o desenvolvimento dos fatores que formam a linha de vida de um indivíduo e promovem bem-estar físico e psicológico, sendo, certamente, a atitude principal do profissional de saúde em busca de promover o empoderamento e a autonomia dos pacientes acerca de sua própria vida.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A cronicidade do DM2 traz ao sujeito diagnosticado a necessidade de implementar novos comportamentos na sua rotina diária e de forma impositiva, não por motivação voluntária. Percebendo isso, é fundamental a existência de ações de autocuidado apoiado, numa perspectiva de motivar o paciente para o fazer por si mesmo, compreendendo que os cuidados com a doença estão diretamente ligados as possibilidades de melhorar sua qualidade de vida.

A escolha por trabalhar junto aos ACS se dá por entender esse profissional, como o maior poder de vínculo percebido entre paciente e unidade básica de saúde, uma vez que, além

de ser morador da comunidade assistida pela unidade de saúde e usufruir dos mesmos serviços e condições de assistência, o trabalho do ACS acontece principalmente dentro das residências dos pacientes, estando diretamente aproximado do cotidiano e estilo de vida desses sujeitos.

Pretende-se conhecer a forma de trabalho dos ACS, quanto à aplicação de intervenções junto aos pacientes no que diz respeito aos cuidados deles para com sua própria saúde. Dessa forma, esse projeto, que foi elaborado a partir de um projeto “Guarda-chuva” que está em desenvolvimento pelo Grupo de Pesquisa Empoderamento e Autocuidado em Doenças Crônicas, além de responder a um de seus objetivos, contribuirá para o conhecer a compreensão do ACS quanto ao significado de Autocuidado e sobre as atitudes de Autocuidado Apoiado que são desenvolvidas nas intervenções durante as suas rotas de visitas domiciliares aos pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

As DCNT no contexto atual são conceituadas como um conjunto de doenças que não tenham uma etiologia bem definida, em sua grande maioria de origem multifatorial, que varia da predisposição genética, estilo de vida, hábitos alimentares, práticas de exercício físico e condições socioeconômicas e demográficas, não possuem origem infecciosa e estão associadas a um curso prolongado definido pela cronicidade.

No geral, são doenças que acometem uma grande parcela da população mundial e é classificada como uma comorbidade preditora na piora do prognóstico e associadas a uma diminuição da qualidade e expectativa de vida da população, podendo atingir todos os indivíduos, porém grupos mais vulneráveis como idosos e indivíduos com baixa renda e escolaridade estão mais susceptíveis a serem acometidos. Dentre as principais doenças estão: hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e cérebro vascular, neoplasias e doenças pulmonares obstrutivas (BRASIL, 2011; IBGE, 2013; WHO, 2011).

Atualmente no mundo as DCNT correspondem por 36 milhões, ou 63% das causas de mortes com enfoque nas doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, e doenças pulmonares obstrutivas. Quando se refere a países subdesenvolvidos com baixa ou média renda a mortalidade gira em torno de 80% por DCNT e 29% são de adultos e jovens com menos de 60 anos, em detrimento dos países desenvolvidos com alta renda onde a mortalidade por DCNT em pessoas com menos de 60 anos representa apenas 13% (BRASIL, 2011; WHO, 2011).

No Brasil a prevalência de mortes por DCNT correspondem a 72% no geral, por doenças cardiovasculares (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (MALTA et al, 2014; MALTA et al, 2015).

Dentre as demais doenças que pertencem a este grupo, sabe-se que existem 3 subtipos de diabetes relatados atualmente: Diabetes mellitus tipo 1 que é caracterizada por uma destruição das células beta pancreáticas ocasionando uma deficiência na produção de insulina e que pode ser classificada por duas etiologias: uma de caráter autoimune e outra idiopática (sem causa definida), e o DM2 que caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina ,

diabetes insipidus caracterizada por uma condição incomum que leva ao um aumento da produção de urina (poliúria) e sede constante (polidipsia), diabetes mellitus gestacional que consiste na alteração da glicemia durante a gestação sendo classificado como um quadro agudo ou passageiro, porém se não tratado precocemente pode evoluir para uma DM2.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se que para uma atenção integrada e completa aos usuários portadores de DM2, existe um complexo de redes que permitem uma integração das ações em saúde que são definidas como redes de atenção a saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Mendes (2011) as redes de atenção são conjuntos de arranjos organizativos com diversas densidades tecnológicas classificadas como atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é o centro de comunicação entre as redes, com densidade tecnológica menor e definida como a principal porta de entrada. As redes possuem caráter polihierarquizado, ou seja, não existe um nível de atenção mais importante do que o outro, todos conversam entre si e possuem a mesma importância, respeitando os princípios e diretrizes do SUS como longitudinalidade, horizontalidade, equidade, integralidade e universalidade do cuidado, devendo cumprir com as funções de coordenação dos fluxos e contrafluxos e sistemas de referências e contrareferências nos demais níveis de atenção e serviços de saúde.

Ao se tratar de redes de atenção a saúde em especial à pessoas com doenças crônicas, foi promulgada em 1 de abril de 2014 uma portaria que define e rege as disposições gerais, competências e componentes primordiais para o funcionamento e aplicabilidade de ações conjuntas na promoção da saúde em indivíduos portadores de alguma doença crônica incluindo as com DM2. A mesma tem como objetivo geral realizar atividades integrais e incentivar mudanças nos modelos, ampliando estratégias para promoção da qualidade de vida e a prevenção do surgimento e desenvolvimento de doenças crônicas, para alcançar os objetivos são designadas e realizadas ações com fim de aprimorar na qualidade da atenção, promoção de hábitos saudáveis e incentivos na educação permanente em saúde, tanto com profissionais da saúde quanto nos usuários impactando nos indicadores de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013).

Na perspectiva que rege os sistemas de saúde, por mais que se discuta a longitudinalidade do cuidado o apoio matricial e as ações permeadas na atenção básica, que

individualizem o indivíduo, tendo como princípio na equidade do cuidado e na promoção da autonomia no cuidado do indivíduo consigo, como o autocuidado e autocuidado apoiado, ainda nota-se que os modelos de redes de atenção a saúde enfatizam o modelo hegemônico, hospitalocêntrico, com alto grau de especialidade centrado na doença e não no indivíduo saudável ou com a doença instalada mas na forma tratável com ações de promoção e de prevenção, e sim nos tratamentos de cura e reabilitação nos processos de agudização das doenças crônicas sem enfatizar em ações que evitem o retorno ou a melhora do prognóstico ocasionando altos custos para o SUS e reduzindo a qualidade dos serviços tornando-os onerosos. (FERREIRA, 2017; BARBOSA, 2013; BRASIL, 2013)

Entre as DCNT prevalentes no Brasil, o Diabetes predomina e impacta fortemente o sistema de saúde. A prevalência e o potencial de desenvolvimento de complicações a longo prazo sobre os diversos sistemas do corpo dos portadores de diabetes e de propiciar sequelas que comprometem a qualidade de vida evidenciam a gravidade do problema (SILVA; FERREIRA; PINHO, 2017).

2.2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

O DM2 já é motivo de preocupação, os seus números são relevantes no que tange as condições de saúde humana. No mundo os números chegam a 415 milhões de pessoas e no Brasil os dados mostram 14.250.000 casos da doença (IDF, 2016). A doença aumenta o risco de morte por causa cardiovascular, mas também afeta outras condições contribuindo para o número crescente de mortalidade geral, pois diversas complicações microvasculares como lesões em pequenos nervos, redução da filtração renal e dificuldades visuais, advêm do desequilíbrio glicêmico e longo tempo de convívio com a doença (CDC, 2017).

Atualmente o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países que contabilizam o maior número de casos da doença, tendo sido diagnosticados por volta de 12 milhões de pessoas na faixa etária de 20 a 79 anos com diabetes no país (FLOR; CAMPOS, 2017).

O DM2 pode ser definida por um defeito na ação e secreção de insulina pelas células β -pancreáticas no pâncreas, acarretando uma resistência periférica à insulina nos tecidos e posteriormente a um quadro de hiperglicemia que conseqüentemente acarretam em

complicações subsequentes, classificadas entre microvasculares e macrovasculares (BRINATI et al., 2017).

Dentre as complicações microvasculares destacam-se a retinopatia com perda de visão, a nefropatia e a neuropatia. Entre as complicações macrovasculares é preciso estar atento aos cuidados com a Doença Arterial Coronariana, Acidente Vascular Cerebral e Doença Arterial Periférica (SOUZA et al., 2012).

É importante ressaltar que tais complicações, se forem monitoradas cuidadosamente pela equipe médica, mas principalmente com a disciplina de cuidados do paciente, tais manifestações podem ser controladas e adiadas, havendo menos prejuízo a saúde do paciente (REEVES et al., 2013; BLACK et al., 2016).

Estudos realizados indicam um aumento significativo da quantidade de pacientes diabéticos devido a múltiplos fatores, no entanto, os fatores de predisposição genética e o estilo de vida são apontados como os principais motivadores (FLOR; CAMPOS, 2017).

A etiologia do DM2 aponta que a predisposição genética e o estilo de vida, tais como o sedentarismo, consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras, açúcares simples e industrializados combinados ao estresse estão correlacionados com o surgimento e a progressão do diabetes independente do fator genético, da mesma forma, se o indivíduo possui uma predisposição genética a ter a doença, mas adota hábitos saudáveis durante todo o percurso da vida, o mesmo tende a não desenvolver o diabetes, por isso a importância de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos no contexto social em que se refere à patogenia do diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES [SBD], 2015; SCHMIDT et al, 2014).

Em virtude da doença e suas complicações, pacientes com DM2 sofrem redução de aproximadamente cinco a sete anos na expectativa de vida e estima-se em média três vezes mais risco de sofrer complicações macrovasculares. Além dessas comorbidades, é preciso observar também os crescentes casos de alterações irreversíveis, como amputações monitoradas de membros inferiores, cegueira e doenças renais crônicas, as quais afetam a qualidade de vida dos pacientes de forma considerável (SOUZA et al., 2012).

Com essa verificação, torna-se indispensável o desenvolvimento de medidas com o objetivo de prevenir a proliferação do diabetes na população geral, adotando critérios nas instancias de prevenção primárias como identificar indivíduos expostos aos fatores de risco, prevenção secundária como a busca ativa por localizar casos não diagnosticados, e a

prevenção terciária como um tratamento adequado para os indivíduos afetados (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

2.3 AUTOCUIDADO

É fácil perceber que o sistema de saúde atual ainda concentra esforços na luta contra doenças agudas e não em doenças crônicas, esse fato contribui para a redução de esforços no investimento de ações educativas assumidas na perspectiva da longitudinalidade, resultando em nítida desinformação dos pacientes, usuários despreparados e pouco implicados com a realização do autocuidado.

Diante da compreensão quanto ao DM2 e sua característica de ser uma doença provocada por diversos fatores e ser crônica, podemos entender que o seu tratamento também demanda diversas frentes e deve ser encarada como uma mudança no estilo de vida e não como um tratamento de curto prazo (CAROLAN et al., 2014).

Das principais indicações de tratamento, podemos citar o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso, este consiste principalmente em manter uma rotina de alimentação saudável e atividades físicas regulares, para isso é importante que ações cotidianas sejam adotadas (BLACK et al., 2016).

Estudando cuidados crônicos, podemos perceber a grande influência e utilização da Teoria do Autocuidado de Orem, a qual, por observar o ser humano como um órgão biológico, racional e um ser pensante, com capacidade de raciocinar, desenvolver-se criativamente e realizar decisões a partir de reflexões a respeito de si mesmo, considerou a este a possibilidade de desempenhar ações de cuidado a seu favor, ou seja, o Autocuidado (SOLAR, 2014).

Segundo Orem (2001), Autocuidado é o conjunto de práticas voluntárias e intencionais, desempenhadas pelo indivíduo em prol de si mesmo, com a intenção de manter o seu bem-estar a partir da sua saúde física e mental. Essas ações são baseadas por decisões que afetam positivamente a integridade estrutural, funcional e o desenvolvimento humano.

O conceito básico de Autocuidado desenvolvido por Orem consistem em ações desenvolvidas pelo próprio indivíduo com a intenção de controlar fatores externos e internos que podem comprometer a sua saúde. Portanto o Autocuidado é um comportamento que a pessoa deve praticar em virtude do seu bem-estar (SOLAR, 2014).

Ao falarmos de Autocuidado referente ao DM2, é possível listar uma série de elementos que compõe essa ação. Profissionais da saúde consideram cinco principais condutas de cuidados que são considerados ações de Autocuidado acerca do Diabetes. São ações de conduta medicamentosa, ou seja, a administração de medicamentos que se referem ao tratamento do diabetes e monitoração das taxas de glicemia. E ações comportamentais, a saber, os cuidados alimentares, prática de exercícios físicos e cuidados com machucados, que incluem quedas, cortes e ressecamento da pele.

Em virtude dessas condutas já conhecidas, em 2010 foi publicado um estudo que realizou a tradução, adaptação e validação para a cultura brasileira do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (MICHELS et al., 2010). É possível observar nesse questionário perguntas que se relacionam com 6 elementos macros que afetam diretamente a saúde das pessoas diagnosticadas. Os seis elementos são pesquisados com base nos últimos sete dias do paciente e são avaliados da seguinte forma:

Quadro 1 – Compilação dos objetivos do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (Continua)

Elementos	Ações observadas
Alimentação (Dividida em geral e específica)	As perguntas buscam quantificar o percentual de aderência a dieta prescrita pelo profissional de saúde.
Atividade física	Questiona a respeito da quantidade de tempo diário que foi investido em atividades físicas, avaliando também a adesão de prática de exercícios físicos específicos.
Monitorização da Glicemia	Indaga acerca da quantidade de vezes que mediu a glicemia e se averiguo a glicemia a quantidade de vezes indicada pelo médico.
Cuidados com os pés	Sonda quantas vezes fez a verificação de

(Conclusão)

	saúde dos pés, verificou os calçados antes de usa-los e se realizou a secagem dos pés conforme a indicação médica.
Medicação	Questiona se realizou a administração dos medicamentos, tanto orais quanto injetáveis, e quantas vezes cumpriu a recomendação médica.
Tabagismo	Investiga se faz uso de cigarro e a proporção deste uso, levantando também informações a respeito de quanto tempo está sem fumar, no caso de ex-tabagistas.

Fonte: elaborado pela autora

O uso desse recurso pode ter utilidade na avaliação feita pelos profissionais da saúde em relação a aderência dos pacientes às ações de autocuidado no diabetes. O questionário segue um método de aplicação fácil, prático e rápido, além de ser disponível gratuitamente para uso público (MICHELS et al. 2010).

Esse questionário pode ser utilizado como um guia para observações básicas e relevantes em relação ao acompanhamento de pacientes diabéticos, tendo em vista que compreende todos os principais elementos indispensáveis aos cuidados com o diabetes, sobressaltando a importância da adesão as práticas de Autocuidado, objetivando que essas ações sejam aderidas de forma diária na rotina do paciente.

2.4 AUTOCUIDADO APOIADO

A respeito do tratamento de doenças crônicas é um fato que o Autocuidado, a adesão aos recursos terapêuticos medicamentosos e não-medicamentosos e o comprometimento do paciente em conhecer sobre sua doença e os processos de cuidados são elementos que fazem toda a diferença na eficácia do tratamento. Considerando isso, profissionais de saúde tentam engajar os pacientes acompanhados num processo de promoção do Autocuidado, onde são

estimulados a assumir, consigo mesmo e com a equipe, compromissos de Autocuidado e de empoderamento em relação a sua enfermidade (CARRIJO; RASERA, 2013).

Compreendendo que o Autocuidado é um conjunto de ações que o indivíduo realiza em benefício próprio, podemos entendê-lo como um comportamento que pode ser aprendido (MENDONÇA et al, 2017), dessa forma pessoas com diabetes devem mobilizar-se para implementar atitudes que condizem com os cuidados indicados para a manutenção de sua saúde, para alcançar esse objetivo precisará de empenho na consolidação do que antecede a esse comportamento, ou seja, as mudanças cognitivas, os pensamentos em relação as atitudes cotidianas. Como medida de contribuição para o desenvolvimento do autocuidado, os profissionais de saúde são encorajados a desempenhar ações que objetivam a promoção do autocuidado, a estas ações dar-se o nome de Autocuidado Apoiado (MENDES, 2012; MENDONÇA et al, 2017).

Os termos Autocuidado e Autocuidado Apoiado podem parecer sinônimos, porém é importante distingui-los, o primeiro relaciona-se diretamente com o sujeito, tendo como princípio que o indivíduo exerça atitudes de forma a prover a própria saúde, o segundo pode ser explicado como um conjunto de ações pactuadas entre profissional de saúde, família e paciente, com o objetivo de fortalecer a motivação pessoal do paciente e subsidiá-lo para que exerça o cuidado de si (MORAIS, H.C.C. et al. 2015; HAAS et al., 2013; VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017).

Efetivamente o termo Autocuidado responde aos comportamentos de cuidado do paciente consigo mesmo, em contrapartida o termo Autocuidado Apoiado responde as estratégias do cuidador, sendo ele profissional da saúde ou um membro da família, como um auxílio no desenvolvimento do Autocuidado do paciente (MENDES, 2011; TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Sendo o Autocuidado Apoiado definido como uma orientação educacional sistemática, que tem por base a relação de confiança estabelecida entre pacientes e profissionais de saúde, que tem o objetivo de motivar os usuários a desenvolver habilidade para aderir e executar ações de autogerenciamento em relação a própria saúde, conhecer e saber tomar decisões acerca do seu estado de saúde e tratamentos adequados. Estudo consideram que o Autocuidado Apoiado é um fator importante para o controle do DM, visto que estimula a adoção de uma

postura proativa e atitudes de manutenção de comportamentos que auxiliam o equilíbrio das taxas metabólicas e demais cuidados acerca do tratamento do diabetes (MENDES, 2011)

De posse dos conhecimentos sobre Autocuidado e das medidas terapêuticas do tratamento, de acordo com Mendonça et al (2017), a equipe de saúde deve iniciar as ações de Autocuidado Apoiado tendo por objetivo promover o desenvolvimento das habilidades de autocuidado do paciente, provocando a responsabilização do paciente com DM acerca do seu próprio tratamento e manutenção da sua saúde, envolvendo-se diretamente com a administração dos medicamentos, realização dos hábitos saudáveis alimentares e de exercícios físicos, gerando assim um fortalecimento de aspectos psicológico como a autoconfiança (MENDONÇA et al, 2017).

A organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2013) elaborou uma série de objetivos e medidas que servem como guia para as ações de Autocuidado Apoiado, dentre elas destacam-se as seguintes:

- Assegurar a participação da pessoa com DCNT no planejamento das ações referentes ao seu tratamento;
- Oferecer informações educativas para cuidadores leigos e pares;
- Incentivar a realização de consultas com médicos especialistas;
- Estimular o paciente a expandir suas habilidades de autocontrole;
- Motivar o usuário a comunicar-se com os profissionais da equipe de saúde;
- Celebrar metas terapêuticas alcançadas, buscando promover mudanças comportamentais, principalmente quando se refere as ações mais difíceis de serem aderidos;
- Orientar o auto-monitoramento das taxas de saúde;
- Estimular mudanças ambientais que contribuam para o tratamento;
- Inserir o exercício de auto-recompensa compatíveis com o tratamento;
- Contribuir para a formação de uma rede social de apoio;
- Aplicar na rotina de atendimento clínico a abordagem 5 A.

Para a implementação adequada dessas ações de apoio, é necessário que o profissional de saúde ou cuidador, no exercício do Autocuidado Apoiado, tenha ciência de que suas

atribuições se destinam a promover a eficácia do Autocuidado do paciente e que a sua atuação é um trampolim para que as atitudes do indivíduo prevaleçam, estando o cuidador ou profissional desprendido da necessidade de reconhecimento em virtude da autonomia do paciente (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017).

A Organização Pan-americana (OPAS, 2013), na sua lista de ações de Autocuidado Apoiado, cita a metodologia dos 5A como ferramenta eficaz no que tange as ações de apoio ao paciente.

Em 1989, o National Cancer Institute desenvolveu uma metodologia composta por alguns passos, que serviam como fases para a mudanças ou instalação de novos comportamentos, essas estratégias forma criadas com o objetivo de ajudar pessoas contra o tabagismo. Ao longo dos estudos sofreu alterações até culminar na metodologia dos 5 As e tornar-se referência para a modificação de atitudes acerca dos cuidados com a saúde de uma forma geral (MENDES, 2012).

O modelo dos 5A pode ser utilizado para o desenvolvimento de planos de autocuidado através de uma série de cinco passos. Abaixo segue um quadro com a compilação dos objetivos e exemplos de ações baseadas em estudos a respeito dessa metodologia (MORAIS, H.C.C. et al., 2015; OPAS, 2013; MENDES, 2012).

Quadro 2 – Os 5 elementos de Autocuidado Apoiado da Metodologia dos 5A

(Continua)

Metodologia	Objetivos	Exemplos de Ações
Avaliação	Avaliar o nível de conhecimento do usuário a respeito do DM2, dos riscos da evolução da doença e também as ações que o paciente desempenha na sua rotina que melhoram ou pioram o quadro de saúde.	- Entrevistas motivacionais; - Questionário de manejo do estresse - Diários de atividade física, frequência e comportamento alimentar; - Aplicar questionário ou ferramentas que avalie o envolvimento do paciente com o seu autocuidado.

(Continua)

Aconselhamento	Aconselhar sobre os riscos da DM2 e sobre as mudanças que devem ser realizadas no cotidiano do paciente. Informar a respeito da importância da adesão ao tratamento indicado.	- Aconselhar sobre os principais cuidados para prevenção de agravos e promoção da saúde. - Disponibilizar materiais educativos como cartilhas e manuais. - Usar uma linguagem acessível e possíveis recursos visuais. - Listar com o paciente ações que devem ser alterados (Alimentação, exercícios físicos, medicamentos)
Acordo	Estabelecer metas para a realização de ações de cuidado que envolvam os principais elementos do tratamento. Essas metas devem ser discutidas e elencadas junto ao paciente, verificando as possibilidades e respeitando períodos adequados de acordo com a individualidade e os aspectos culturais e socioeconômicos do usuário.	- Alterar mudanças nos hábitos alimentares; - Definir prática de atividade física; - Retirar ou reduzir o consumo de bebidas alcóolicas; - Tomar as medicações de acordo com a prescrição; - Realizar os exames de glicemia periodicamente; - Cuidar dos pés e realizar exames oftalmológicos periodicamente;
Assistência	Ações que desenvolvam o Acordo, evitando recaídas, promovendo automotivação e fortalecendo o vínculo. Realizando ações que dão subsídio para a concretude dos acordos estabelecidos.	- Entrevistas motivacionais; - Planos de ações; - Entrega de materiais educativos (folders, cartilhas e afins); - Informar a respeito de campanhas e outras ações de saúde na UBS; - Apoio multidisciplinar.

(Conclusão)

Acompanhamento	Ações que ajudam a manter os hábitos adquiridos, melhorando os conhecimentos no âmbito familiar e social em que convive.	- Utilizar recursos tecnológicos (Telefone, rádio comunitária, e-mail, blogs e afins); - Visitas domiciliares; - Incentivar a autonomia e a conscientização do cuidado consigo e na coletividade que o cerca.
-----------------------	--	---

Fonte: elaborado pela autora (CAVALCANTI et al. 2012; MORAIS, H.C.C. et al., 2015; OPAS, 2013; MENDES, 2012)

Para o bom desempenho dessas etapas e obter resultados mais consistentes é preciso considerar o manejo dessa técnica, seguindo uma direção, respeitando sua ordem de aplicação, entendendo que o passo seguinte dependerá da boa implementação do anterior (Cavalcanti et al. 2012).

Além de se empregar as estratégias dos 5A, para que ocorra as devidas ações de promoção do Autocuidado e Autocuidado Apoiado, é preciso observar o paciente por diversos contextos, considerando questões socioambientais, econômicas, níveis de motivação do usuário, visto que essa questão é fundamental para a aplicação das metodologias. O cuidador, tanto profissional quanto familiar deve estar sensível e atento, apresentando-se de forma empática, para que seja evoluído um vínculo com esse paciente e assim conquistado espaço para a implementação de ações que apoiam o paciente no desenvolvimento da sua autonomia e autocuidado (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

2.5 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O SUS, que é o sistema público de saúde brasileiro, é organizado pelo modelo da Estratégia Saúde da Família, pautado em princípios da Reforma Sanitária. Um dos pilares dessa organização são as equipes de saúde multiprofissional, são as Equipes de Saúde da Família (ESF), a qual tem a composição mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. As pessoas diagnosticadas com DM2 devem ser acompanhadas por esta equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS) da sua região (BRASIL, 2011).

Esse profissional surgiu em meados dos anos 70 na região nordeste, e em 1991 e consolidou-se quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e consequentemente o Programa da Saúde da Família (PSF), atualmente atuam na atenção primária na Estratégia da Saúde da Família (ESF), porém antes do surgimento, alguns fatos históricos e discussões foram contemplados como na Conferência Internacional em Saúde de Alma-Ata em 1978, do movimento sanitário na década de 80, e a criação do SUS em 1988, no quais questões como educação popular na atenção primária e a percepção da carência de um profissional que fosse da comunidade, que conhecesse toda a realidade sendo uma “porta voz” dos usuários e que contemplasse os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social assim fortalecendo a importância da formação e prosseguimento da profissão. Vale ressaltar que o cargo não exige um grau de estudo elevado e que permite uma oportunidade de emprego além de periodicamente passarem por capacitações. (SILVA, 2001; BRASIL, 2010).

O ACS é o profissional da saúde exclusivo do SUS e considerado a “chave mestre” da aproximação dos usuários com a atenção primária. A grande maioria dos ACS reside na comunidade, conhece todo o contexto social e os problemas existentes e contribui para o funcionamento regular do programa da saúde da família, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, partilhando um papel fundamental na formação do vínculo dos usuários e da territorialização da comunidade, permeando uma abrangência e apoio na atenção primária (BRASIL, 2012).

As atribuições designadas aos ACS, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº16 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Quadro 3 – Atribuições da profissão do Agente Comunitário de Saúde

(Continua)

Ações designadas aos ACS no cuidado de saúde da comunidade	
Realizar ações individuais ou coletivas para esclarecer informações a respeito dos fatores de risco para diabetes e doenças cardiovasculares, realizando	Elaborar ações de orientação para a comunidade acerca da necessidade de mudar comportamentos diários em relação as escolhas alimentares e

orientações sobre as medidas de prevenção;	implementar atividades físicas a sua rotina.
Reconhecer na comunidade, pessoas com risco para desenvolver o DM2, identificando os principais fatores de risco para encaminhar as unidades de saúde para avaliação junto a equipe médica.	Realizar o registro dos diagnósticos de diabetes dos membros das famílias acompanhadas, para quantificar os usuários acometidos e realizar o acompanhamento.
Motivar uma relação colaborativa entre equipe de saúde e paciente, encorajando uma postura participativa do paciente e colaborando para que consiga seguir as orientações condizentes com o seu quadro de saúde, boa alimentação, administração de medicamentos e exercícios físicos.	Estimular a organização e participação em grupos de apoio de diversas frentes, grupos de caminhada, ginástica, trocas de receitas saudáveis, ações de autocuidado, entre outros.
Observar o aparecimento de sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia no paciente para que faça o encaminhamento a consulta extra, prevenindo a piora do quadro e a hospitalização do paciente.	Observar se os pacientes estão comparecendo às consultas agendadas junto as UBS, com o propósito de manter o acompanhamento e otimizar o trabalho na unidade.

Fonte: elaborado pela autora baseado nas atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde descritas no Caderno de Atenção Básica nº16, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Os ACS desempenham papel fundamental na ESF, sendo um elo entre UBS, equipes de saúde e comunidade, desenvolve ações de prevenção e promoção de saúde, marcação de consultas e acompanhamento domiciliar aos pacientes, assumindo uma posição elevada quanto a expectativa de mudanças no quadro de saúde pública instalado na população (NUNES et al, 2002).

Portanto, evidencia-se a importância da profissão de ACS no contexto da saúde da comunidade a qual a Equipe de Saúde se responsabiliza. O Vínculo entre UBS e comunidade consegue ser estabelecido mais facilmente pela presença e pela pessoa do ACS, visto que este é percebido pelas pessoas assistidas como um igual e se reportam com maior liberdade, isto porque o ACS está implicado diretamente com as mesmas demandas da comunidade que acompanha e utilizando suas competências técnicas, assistenciais e promotoras constrói uma aproximação e implementa maiores condições de intervenção (Cardoso e Nascimento, 2010; De Carli et al., 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as práticas de autocuidado apoiado realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde junto as pessoas com diabetes na Estratégia de Saúde da Família

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever as práticas de Autocuidado Apoiado aplicadas pelo Agente Comunitário de Saúde durante as visitas domiciliares aos pacientes diabéticos;
- b) Analisar o entendimento do Agente Comunitário de Saúde sobre o significado de Autocuidado;
- c) Identificar as estratégias aplicadas pelo Agente Comunitário de Saúde para realizar o Autocuidado Apoiado

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que faz parte de um estudo maior intitulado “Empoderamento e Autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na atenção primária no município de Fortaleza-Ce”, financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) referente ao edital do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) 07/2013.

As práticas de Autocuidado são práticas humanas atravessadas de subjetividade. A abordagem qualitativa considera a subjetividade e individualidade dos sujeitos, ponderando o universo de significados aos quais estão implicados e compreende a impossibilidade de quantificar os caminhos e vivências fenomenológicas (MINAYO, 2004).

Compreendemos que essa abordagem corrobora com o objetivo de analisar as práticas a respeito da promoção do autocuidado apoiado realizada pelos ACS, vivenciar o fenômeno de forma empírica, conhecer a realidade da aplicação profissional, identificar os vínculos estabelecidos e o poder das possibilidades motivacionais deste profissional através das visitas domiciliares, assim como compreender o entendimento destes a respeito do significado de Autocuidado, e as ferramentas desenvolvidas nesse coletivo na busca por promover o autocuidado, pois esta “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010).

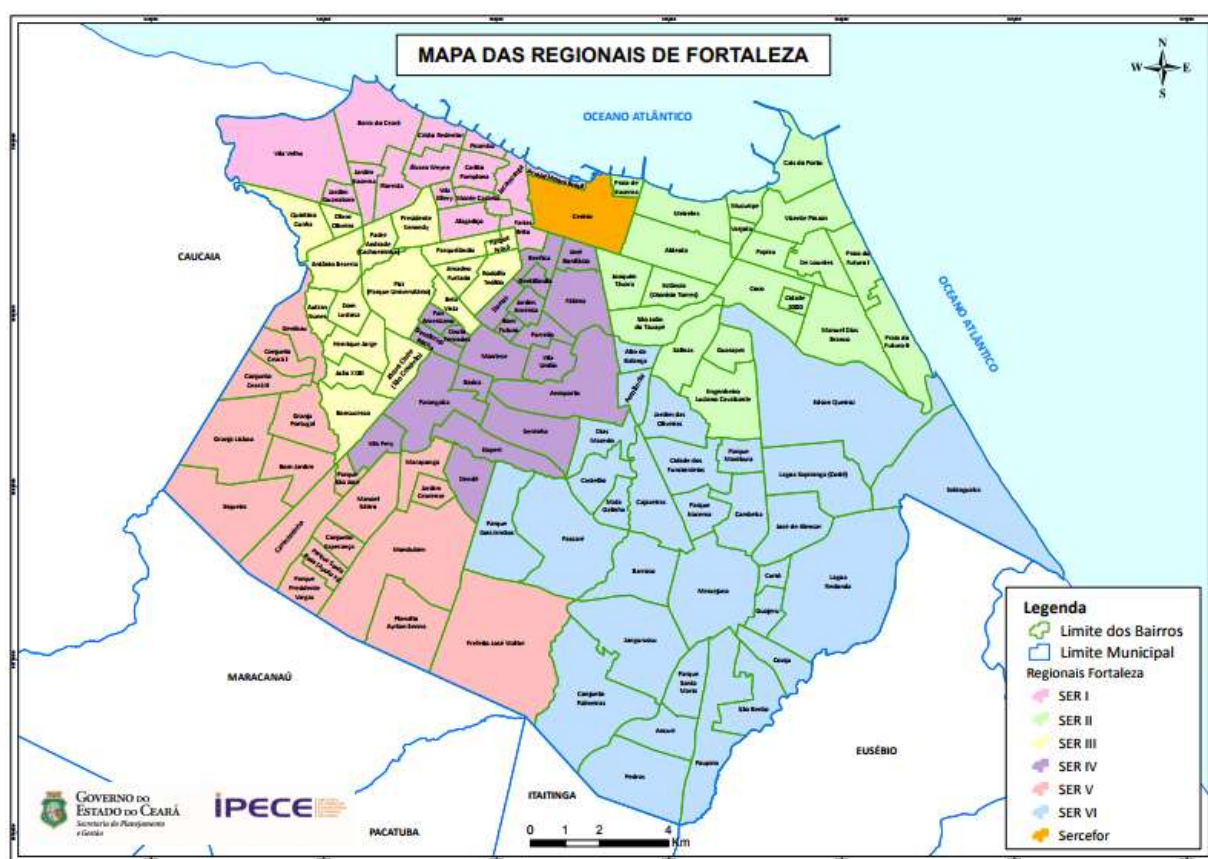
A abordagem qualitativa é fundamentalmente interpretativa, permitindo ao pesquisador interpretar as informações geradas a partir de diversas formas de coletas de informações e apontar conclusões a respeito dos significados do que foi visto e vivido no campo, além de ver os fenômenos holisticamente (CRESWELL, 2007). O pesquisador deve se manter em alerta para a eliminação de julgamentos, pressupostos e conclusões pautadas em suas próprias crenças, buscando estar distanciado de forma suficiente para manter a sua observação num caráter analítico, porém, neutro (MINAYO, 2010).

4.2 PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA

Realizado do mês de março a outubro de 2017, o estudo teve como campo de pesquisa o município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Dados da última verificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade conta com 2.447.409 habitantes (IBGE, 2010).

No setor de saúde a cidade está subdividida em 6 Secretarias Regionais (SR) por motivos de facilidades administrativas.

Figura 1 – Mapa das Secretarias Regionais de Saúde do município de Fortaleza-Ce



Fonte:: http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf

A UBS Luís Albuquerque Mendes é uma das 13 unidades concentradas na SR IV e localiza-se à Rua Benjamim Franklin, nº 735, Bairro Serrinha, tendo como horário de funcionamento das 07h às 19h, de segunda a sexta-feira.

De acordo com dados do IBGE, estima-se que a área de abrangência da UBS tenha uma população de 26.025 habitantes, dos quais 19.225 estão cadastrados no Sistema de Prontuário Eletrônico e estão sob cobertura das cinco ESF organizadas na unidade. A população é substancialmente composta por famílias de baixa escolaridade e renda, apresentando carências multifatoriais e de alta complexidade, o que gera uma alta dependência do setor de saúde, no que diz respeito ao acesso a apoios públicos tanto a ações de promoção e prevenção de saúde, quanto a situações de intervenções clínicas de curto, médio e longo prazos.

A UBS tem sua estrutura de trabalho dividida em cinco ESF, as quais 4 equipes contam com o quadro completo e uma equipe está em formação, porém já atuante no campo, além de 4 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e o total de 28 ACS. A unidade foi reinaugurada em 19 de dezembro de 2013, depois de passar por uma grande reforma, ganhando uma ampliação na sua estrutura física, o que veiculou melhoria nos serviços beneficiando profissionais e usuários. A unidade conta com equipamentos médicos, odontológicos e de enfermagem apropriados para os diversos serviços disponíveis a comunidade.

4.2.2 Unidade Básica de Saúde José Paracampas

A SR V tem sob sua cobertura 18 bairros, possui 21,1% da população de Fortaleza, é a Regional mais populosa, mas também a mais pobre da capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos, pertence a lista da regional com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O bairro mais populoso é o Mondubim (80 mil hab), seguido da Granja Lisboa (49 mil hab), Genibaú (39 mil hab) e Vila Manoel Sátiro (34 mil hab). Alguns bairros, como o Bom Jardim, tiveram sua população duplicada na década de 90, passando de 15.857 (1991) para 34.507 (2000). O Siqueira, por sua vez, saltou de 4.540 (1991) para 23.728 (2000). Só o bairro Granja Portugal apresentou tendência de redução, no mesmo período (MOURA, 2011).

Figura 3 – Mapa da SR V por bairros, Fortaleza-CE



Fonte: http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/dengue/mapa?ano=2017&mes=11&sem_pri=&classifin=&criterio=&evolucao=®ional=13&id_bairro=&id_unidade=

A UBS José Paracampo, é uma das unidades concentradas na SR V e localiza-se à Rua Alfredo Mamede, nº 250, Bairro Manuel Sátiro, e presta atendimento das 07h às 19h, de segunda a sexta-feira.

De acordo com taxas do IBGE, estima-se que a área de abrangência da UBS tenha uma população de 40.646 habitantes, dos quais 23.037 estão cadastrados no Sistema de Prontuário Eletrônico e estão sob cobertura das cinco ESF organizadas na unidade.

As famílias e domicílios assistidos pela unidade compõem a classificação de baixa renda, apresentando diversas situações de carências, incluindo necessidades de saúde desde questões simples até necessidades complexas de assistência médica.

A unidade possui sua estrutura de trabalho pautada em cinco ESF, das quais 4 contam com o quadro completo e uma estava sem médico durante o período em que essa pesquisa foi realizada, porém esta unidade já esteve com o quadro de equipes todo preenchido. Conta ainda com 35 ACS divididos nas equipes e suas áreas de atuação. A unidade é equipada

com os dispositivos necessários aos atendimentos e serviços prestados na unidade, auxiliando na capacidade de atender a comunidade em relação as suas necessidades de saúde.

4.2.3 Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde

Em relação a estrutura física das duas UBS, essas apresentam bastante semelhança, destacamos que diferem apenas em relação ao número de consultórios destinadas a consulta médica e enfermagem, sendo sete na UBS Luiz Albuquerque Mendes e nove na UBS José Paracampo. As unidades apresentam os seguintes ambientes:

Quadro 4 – Caracterização dos ambientes das UBS

(Continua)

AMBIENTE	FINALIDADE
Núcleo de Atendimento ao Cliente	Esse serviço recepciona e encaminha os usuários que chegam a unidade tanto para atendimentos agendados quanto de urgência. Realiza marcação de consultas, encaminhamentos e a entrega de resultados de exames.
Sala de acolhimento /classificação de risco	Neste local fica lotado um profissional enfermeiro que realiza o acolhimento do paciente, classifica a zona de risco, posteriormente encaminha pra consulta médica ou agendamento para consulta posterior com a equipe designada a este usuário.
Sala de procedimento de enfermagem	Destinada ao acolhimento dos pacientes com consultas pré-agendadas. O profissional lotado nesta sala é um auxiliar/técnico de enfermagem que realiza os primeiros procedimentos de consulta: verificação da pressão arterial; peso; glicemia capilar (em pacientes diabéticos).
Consultórios	Consultório odontológico, consultórios médicos de atendimento clínico e enfermagem.
Outros procedimentos	1 sala de curativos, 1sala de imunização, 1 sala de expurgos e esterilização, 1 sala de coleta de exames
Administrativos	1 sala de coordenação, 1 sala de conselho de saúde

(Conclusão)

Farmácia	Sala de armazenamento e distribuição de medicamentos para usuários conforme receita médica.
Serviços	1 Copa, 5 banheiros (UBS José Paracampo são 2 públicos e 3 para funcionários. Na UBS Luiz Albuquerque Mendes são 3 públicos, sendo um adaptado para cadeirante e 2 para funcionários).

Fonte: elaborado pela autora

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram ACS, selecionados a partir de informantes-chave em cada UBS. O informante-chave é um mediador entre o pesquisador e o campo, cumpri o papel de proteger e aconselhar o pesquisador a respeito de dificuldades em relação ao campo e os seus enfrentamentos. Outra função é garantir o bom acesso ao local, pessoas ou informações que sejam de interesse para o alcance dos objetivos do estudo (VALLADARES, 2007).

Participaram da pesquisa ACS de ambos os sexos, sem restrição de faixa etária e de nível de escolaridade. Os critérios de inclusão consideraram que o profissional tivesse no mínimo dois anos de atuação no território da pesquisa e acompanhassem pacientes com DM2. No quadro a seguir apresentamos as características do grupo:

Quadro 5 – Caracterização dos sujeitos do estudo

ACS	Sexo	Idade	Escolaridade	Bairro	UBS	Equipe	T.T	T.S	Q.P
ACS 01	Feminino	56	Médio Comp	Mudubim	Paracamp	Azul	24	24	22
ACS 02	Feminino	54	Médio Comp	Mudubim	Paracamp	Azul	25	25	6
ACS 03	Feminino	47	Médio Comp	Mudubim	Paracamp	Vermelha	7	7	26
ACS 04	Feminino	51	Médio Comp	Mudubim	Paracamp	Lilás	25	25	35
ACS 05	Feminino	47	Médio Comp	Mudubim	Paracamp	Lilás	2	9	23
ACS 06	Feminino	41	Super Incomp	Serrinha	Mendes	Vermelha	8	8	20
ACS 07	Feminino	52	Médio Comp	Serrinha	Mendes	Azul	20	20	16
ACS 08	Masculino	49	Especialização	Serrinha	Mendes	Vermelha	7	7	35
ACS 09	Masculino	56	Especialização	Serrinha	Mendes	Azul	12	12	27
ACS 10	Feminino	37	Super Incomp	Serrinha	Mendes	Verde	7	7	12

Legenda: T.T: Tempo no Território; T.S: Tempo de Serviço como ACS; Q.P: Quantidade de pacientes com DM2

Quadro construído pela pesquisadora

Fonte: elaborado pela autora

Esse estudo contou com a participação de 10 ACS, dos quais 80% (8) eram do sexo feminino e 20% (2) do sexo masculino. A média de idade deste coletivo se concentra em 49 anos. Em relação ao nível educacional, 60% (6) concluíram o ensino médio, 20% (2) cursam ensino superior e 20% (2) fizeram especialização. Todos residem no bairro em que trabalham. O espaço de vida e de trabalho é no território da comunidade que eles acompanham, usufruindo dos mesmos serviços de saúde. Os 10 participantes estão igualmente divididos entre as duas UBS, sendo cinco de cada. Cada grupo de cinco ACS pertencia a três ESF, totalizando seis equipes. A média do tempo de atuação no território atual é de 13,7 anos e o tempo médio de serviço como ACS é de 14,4 anos, a grande maioria atua no mesmo território desde que foi admitido e a média de pacientes portadores de diabetes em cada microárea ACS é de 22 por profissional.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

4.4.1 Apresentação da proposta de estudo aos ACS

A proposta do projeto foi apresentada aos informante-chave na UBS Paracampas que indicou os participantes, forneceu os contatos telefônicos dos ACS, meio pelo qual a pesquisadora apresentou a proposta aos ACS, que a partir da concordância foram inseridos na pesquisa.

Na UBS Luiz Albuquerque Mendes a proposta do estudo foi apresentada à informante-chave que na mesma ocasião introduziu a pesquisadora na reunião da gerência com os ACS e sugeriu os participantes, que aceitaram a indicação, sendo feita a troca e registro de contatos telefônicos com a pesquisadora.

Foi organizado um cronograma de acompanhamento dos ACS para observação livre das visitas domiciliares a portadores de DM2 (APÊNDICE A). Realizou-se contato telefônico para agendamento com cada ACS, pactuando-se as datas, que foram sugeridas pela pesquisadora, contudo foram confirmadas respeitando a disponibilidade de dia e horário do profissional participante, deixando-os a vontade para quaisquer modificações que fossem necessárias. Iniciou-se na UBS José Paracampas e em seguida fez-se na UBS Luiz Albuquerque Mendes, foram realizadas ligações telefônicas para os participantes e pactuadas as datas as quais as visitas aconteceriam. O cronograma de acompanhamento de visitas sofreu alterações ao longo do seu percurso em detrimento de atividades da rotina de trabalho.

4.4.2 Visita domiciliar no território com o Agente Comunitário de Saúde

A técnica da Observação assistemática ou não estruturada é baseada no recolhimento e registro dos fatos da realidade sem que o pesquisador tenha elaborado previamente um planejamento ou roteiro. O conhecimento é obtido de forma imprevista, para isso é necessário ao pesquisador uma atitude atenta e alerta a observar os fenômenos que ocorrem no momento assistido. Alguns cuidados devem ser considerados, é essencial que os dados sejam registrados de forma fidedigna, para manter a veracidade dos dados. De certo desenvolve-se um mínimo de interação, mas o observador não deve envolver-se emocionalmente com a situação de estudo, além de que deve apresentar um posicionamento

curioso e livre de julgamentos. De modo geral, o pesquisador sabe os aspectos principais que deseja observar, mas não se utiliza um esquema predeterminado (MARCONI; LAKATOS, 2003).

As visitas foram previamente agendadas com os ACS, dentro da sua rotina de trabalho, não sendo designados pacientes ou domicílios específicos, não houve nenhuma solicitação aos ACS participantes de modificação de percurso, ou de tempo, ou qualquer orientação de conduta, nem de qualquer outro seguimento em prol da observação fiel das suas rotinas.

Antes de iniciar o acompanhamento das visitas domiciliares, foi lido e explicado a cada ACS o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), com ênfase a todos os direitos dos participantes, incluindo negar-se a participar ou desistir em qualquer momento da pesquisa, sendo seguido da assinatura de cada um no termo que declara o seu aceite a participar das etapas propostas pela pesquisa, além de permitir o uso de gravador de voz e fazer fotografias durante as atividades.

As visitas domiciliares com os ACS que cobrem os territórios mais próximos das UBS, foram realizadas caminhando da unidade aos domicílios. Nos territórios mais distantes, foram utilizados transportes próprios dos ACS ou transporte público, nos quais os profissionais possuem passe livre ao apresentarem a sua carteira de identificação de profissional ACS.

O cronograma contemplou 7 dias de acompanhamento de visitas domiciliares, sendo 3 dias na UBS Paracampas e 4 dias na UBS LAM.

Quadro 6 – Organização das visitas domiciliares

Dias de Visita	ACS Acompanhados
1º Dia de Visita	ACS 01 e ACS 02
2 º Dia de Visita	ACS 03
3 º Dia de Visita	ACS 04 e ACS 05
4º Dia de Visita	ACS 06 e ACS 09
5º Dia de Visita	ACS 07
6º Dia de Visita	ACS 08
7º Dia de Visita	ACS 10

Quadro construído pela pesquisadora

Fonte: elaborado pela autora

As visitas com os ACS 04 e ACS 05 do posto 01 e as visitas com os ACS 06 e ACS 09 do posto 02 foram realizadas juntas porque é uma prática que já realizam, motivados pelo receio de andarem sozinhos no campo e porque os territórios são vizinhos.

Cada visita domiciliar realizada teve duração média entre 15 a 30 minutos, e em todas foi utilizado um gravador de voz portátil, autorizado pelos participantes.

4.4.3 Entrevista individual

As entrevistas individuais foram previamente agendadas, aconteceram no turno da manhã, um dia em cada um UBS, todos os ACS compareceram.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas que, de acordo com Minayo (2010), se caracteriza por enumerar os questionamentos que o pesquisador deseja abordar em campo, partindo dos seus pressupostos e hipóteses levantadas durante a definição do objeto de estudo.

Essa técnica é apontada como privilegiada pela autora, pois possibilita revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos através da fala, além de transmitir representações através de um porta-voz, dados que versam a respeito de condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas do campo de pesquisa. É usado um roteiro

(APÊNDICE C) com o propósito de ampliar e aprofundar os relatos ao mesmo tempo que direciona a comunicação relacionando com os objetivos do estudo.

As perguntas fechadas referiram-se aos dados de identificação, sociodemográficos e informações da vida profissional e mais duas perguntas abertas relacionadas ao tema da pesquisa, sendo acolhido quaisquer acréscimos que o participante quisesse apresentar.

As entrevistas foram gravadas com autorização prévia de cada participante e tiveram uma duração média de 15 minutos. Foram realizadas primeiro na UBS Luiz Albuquerque Mendes, o local foi uma sala fechada, com cadeiras confortáveis e ambiente climatizado. Na UBS José Paracampas, as entrevistas não ocorreram no local previamente combinado, pois a sala designada estava em uso, sendo realizadas as entrevistas na sala de espera do segundo andar, já que este era um lugar mais silencioso disponível no momento, porém, mesmo não tendo as condições ideais, os participantes se demonstraram confortáveis, dispostos a cooperar e não relataram desconforto em nenhuma das colocações realizadas.

4.4.4 Roda de conversa

A partir da descrição das visitas domiciliares e da leitura das respostas das entrevistas individuais, a pesquisadora sentiu necessidade de retornar ao campo, e retomar as falas dos sujeitos para aprofundar questões trazidas em relação ao objeto do estudo.

A roda de conversa foi eleita como adequada para essa volta ao campo. Para Moura e Lima (2014) esse é um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo.

Foi feito contato com as gestoras de cada UBS e explanado a importância do retorno, propôs-se o espaço da Unidade para essa retomada recomendando-se um turno e um espaço que ficasse exclusivamente para acolher a atividade da roda de conversa. As gestoras de ambas unidades de saúde foram solícitas, atenderam o que foi proposto e disponibilizaram um dia do cronograma de atividade diária do ACS para participação. Foram contatados pela gerente e pela pesquisadora que fez contato telefônico.

Na UBS José Paracampos foi reservado o turno da tarde e a sala de reuniões que se constitui em um ambiente espaçoso, organizado, iluminado e refrigerado. A gerente recepcionou a pesquisadora principal e uma colaboradora que participa da mesma linha de pesquisa. Os ACS que já haviam participado de outros momentos da pesquisa foram chegando e se mesclaram com alguns que não participaram, entre o coletivo de ACS o convite se disseminou para além dos que já vinham participando, porém só foi introduzido na roda de conversa quem já havia passado pelo acompanhamento na visita domiciliar e pela entrevista individual.

Dos cinco participantes compareceram quatro, dentre elas, uma ACS que estava de férias se fez presente. Em uma mesa, circundada por cadeiras todos se posicionaram, estando à disposição um lanche para consumo e um gravador disposto no centro da mesa conforme consentimento das ACS, que também autorizaram que fossem feitas fotografias. O encontro teve duração de duas horas e meia de duração com explanação do motivo de sua realização, a roda de conversa e o encerramento com agradecimento pela colaboração e ressalva da importância das falas produzidas por elas para o estudo.

Na UBS Luíz Albuquerque Mendes, também no turno da tarde, recepcionadas por uma pessoa do setor administrativo, nos foi reservado um consultório, espaço pequeno, foi preciso adaptar para acolher os participantes, sem causar prejuízo a atividade em que compareceram os cinco ACS. Foi disposto lanche para consumo durante a roda de conversa e o gravador no centro conforme consentido. Fez-se fotos mediante autorização dos participantes. Teve duração de duas horas e meia, ao início se enfatizou a importância do encontro e ao final foi feito agradecimento pela participação e reforçado o valor da fala deles para os resultados do estudo.

A roda de conversa circulou em torno das perguntas realizadas no roteiro de entrevista individual (APÊNDICE C) como uma forma de delinear o percurso da exploração para o objeto de estudo, conforme o assunto se desenvolvia, emergiam outras indagações que davam mais profundidade aos temas levantados.

Observou-se a troca de experiências entre o coletivo de ACS, o diálogo foi trazendo harmonia entre as falas apresentadas e a reflexão do que estava sendo posto desde a se perceber ACS no cuidado do portador de DM2, descrever suas práticas de apoio ao autocuidado, pensar suas dificuldades cotidianas para alcançar as metas estabelecidas no

cuidado da comunidade, o que faz concordância com Sampaio *et al.* (2014) para quem as rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido e saberes sobre as experiências dos partícipes.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações do estudo foram submetidas a análise crítica e reflexiva, para isso foi empregado a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), utilizando o recurso da análise temática, a qual considera que tema é aquilo que emerge de um conjunto de palavras, trazendo a superfície significações referentes ao que está sendo explorado.

Essa análise permite alcançar a realidade por meio dos significados do conteúdo manifesto, apontando na comunicação os núcleos de sentido presentes, considerando os que emergem com maior frequência e que possuem um significado em relação ao objeto que se propõe analisar.

Na análise buscou-se estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico adotado, na tentativa de responder aos objetivos propostos no estudo. A partir dessa perspectiva, sistematizamos a análise das informações, seguindo três etapas operacionais que permitiram o estabelecimento de relações entre diferentes fontes, são elas: Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e interpretação.

As fases da análise temática são descritas por Bardin (1977) e sintetizadas por Minayo (2004):

✓ Primeira etapa: chamada pré-análise, constituiu-se na verificação dos objetivos que se desejava alcançar no estudo. Essa etapa desdobra-se em três tarefas, a primeira é a leitura flutuante que consiste na aproximação do pesquisador com o conteúdo em análise, deixando-se impregnar por ele. A segunda é a Constituição do Corpus que deve atender os padrões de exaustividade, representatividade e homogeneidade, normas ditadas para validade qualitativa. E a terceira tarefa é a Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos, processo que, respaldado pela leitura exaustiva concluída na primeira etapa, consiste na retomada da etapa exploratória na intenção de construir as indagações iniciais, considerando a possibilidade de

reformulação de objetivos, visto que o campo é vivo e pode gerar outros aspectos a serem considerados.

- ✓ Segunda etapa: foi a Exploração do Material, nessa etapa pretendeu-se alcançar o núcleo de compreensão central do texto, para isso foi realizada a classificação e ordenação do texto em categorias e subcategorias que emergiram dos temas centrais achados na etapa inicial.
- ✓ Terceira etapa: chamada Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, nessa última os resultados foram interpretados fundamentados na teoria utilizada como respaldo para o objeto de estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), dentro do projeto guarda-chuva tendo a sua aprovação sob o parecer de número 1.236.392.

O caráter ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa, de acordo com as normas dispostas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e sob as orientações na Resolução nº510 de 7/4/2016 do CNS (GUERRIERO, 2016) que trata das questões éticas das pesquisas em ciências humanas e sociais ou na utilização de metodologias dessa área em outros estudos.

Em conformidade com as Resoluções citadas o TCLE (APÊNDICE C) utilizado reservando a adequação aos princípios científicos dos objetivos da pesquisa, bem como obedecendo à metodologia adequada e assegurando a confidencialidade, a privacidade, a proteção da identificação e imagem e compromisso que o investigador não utilizará os resultados para objetivos contrários aos do estudo, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO NAS VISITAS DOMICILIARES

5.1.1 A imersão nas visitas domiciliares

A UBS José Paracampas é uma casa pintada de amarelo, no alto o nome do posto pintado junto as logomarcas da prefeitura, SUS e alguns programas ministeriais executados na UBS. O muro ao redor da unidade é pintado de branco com desenhos azuis que representam pessoas, umas ao lado das outras, como uma comunidade que contribui uns com os outros. É localizada em uma via de fácil acesso para veículos e pedestres, em uma esquina bastante movimentada de uma rua paralela a uma avenida de grande fluxo, o que torna a sensação de segurança mais fortalecida.

O nome do posto de Saúde é bem grande ao longo do muro que é baixo e contorna toda a esquina, de um lado a porta larga para a entrada de pedestres, do outro lado o portão de acesso para carros que é usado, em sua maioria, por funcionários. Toda a pintura é bastante suja e desgastada pela ação do tempo, não foram percebidas pichações em suas paredes, como é comum que se tenha ao longo das outras áreas do bairro, o que pode ser uma demonstração de respeito e reconhecimento desse espaço público como um suporte real a comunidade e seus usuários.

A unidade tem dois pavimentos, no térreo logo a frente está a recepção, com dois atendentes que, sem uso de vidros de separação, realizam o atendimento aos usuários freneticamente, cadeiras enfileiradas como fila de espera de frente para uma televisão ligada em programações populares. Adentrando mais é possível encontrar bancos de espera rodeados por salas de atendimento e uma sala para coleta de material biológico para análises feitas lá mesmo. Neste pavimento também está disposto a farmácia, que faz as entregas de medicamentos que foram prescritos, e sim, sem dúvida, é um dos lugares mais disputados do posto de saúde, concentrando na frente de sua janela, esta sim com vidro e grades, uma longa fila de espera, todos com receituários nas mãos.

O pavimento superior tem em média a metade da metragem do espaço térreo, são encontradas mais três salas de atendimento médico, porém concentra-se lá os setores

burocráticos e de suporte aos profissionais da unidade como a coordenação, a copa e a sala multifuncional que abriga as reuniões das equipes, os livros e materiais usados em educação em saúde, cartazes de promoção de campanhas e outros com apontamentos e metas das equipes de saúde.

Todas as salas são equipadas com ar condicionado, mesas e cadeiras, além de macas e equipamentos de exames nas salas designadas para atendimentos que necessitem desses materiais. A limpeza do espaço é notoriamente realizada, embora haja sinais de necessidade de cuidados com a manutenção da infraestrutura que está desgastada pelo tempo e uso dos espaços. No geral a unidade apresenta-se com os aportes físicos necessários para a realização dos atendimentos, porém foram percebidas diversas reclamações pela falta de equipamentos de usos diários e descartáveis fundamentais para que as consultas e exames fossem realizados, evidenciando assim os motivos de tantas pessoas aguardando atendimento ou voltando para suas residências sem a possibilidade de realização de procedimentos completos de consultas.

Os atendimentos e postura dos funcionários do posto demonstram profissionalismo e respeito, prestando acolhimento adequado no que se refere aos usuários, outros profissionais e os visitantes do posto de saúde, possibilitando uma sensação de harmonia, conforto e presteza para as necessidades que foram apresentadas pela pesquisadora para a condução da pesquisa e a respeito do que foi observado em referência aos demais serviços.

A UBS Luiz Albuquerque Mendes está localizada próximo e perpendicular a uma rua de bastante fluxo dentro do bairro no qual se encontra, com tráfego intenso, porém livre. Posiciona-se no meio de um quarteirão e está envolvido por duas igrejas, uma creche e uma escola públicas e de ensino regular, as quais demonstram bom vínculo no serviço à comunidade, já que contribuem com o funcionamento do posto quando a sua direção solicita espaços para desenvolver algum trabalho que movimente um número maior de pessoas.

A sua estrutura física é composta por um único pavimento, sua faixa tem um muro baixo, grades de cor verde que vão de uma ponta a outra. A faixa do posto de saúde contém o nome do posto e logomarca dos programas executados, mas quase não pode ser vista pois na calçada estão enraizadas três grandes e lindas árvores, com copas frondosas, que proporcionam sombra e emolduram o amplo portão que serve como acesso de todos, funcionários, profissionais da saúde e usuários do serviço.

Adentrando o ambiente encontram-se dois guichês, um de cada lado do pavimento, do lado direito para atendimentos em geral e marcação de consulta, do lado esquerdo a farmácia, ambos com janela e divisória de vidro. Dois corredores são avistados, do lado direito logo é possível chegar a coordenação do posto, secretária e sala de ponto, onde geralmente se estabelecem os contatos entre os profissionais. Seguindo adiante encontra-se cadeiras de espera enfileiradas e salas de atendimento médico. No outro corredor, do lado esquerdo, é mais amplo, com cadeiras de espera voltadas para uma televisão que transmite programas populares e várias salas de atendimento, além do banheiro, almoxarifado e copa que atende as demandas dos funcionários. As salas são equipadas com ar condicionado, computadores, mesa e cadeira. Algumas salas também contam com macas e outros equipamentos de consulta usados conforme a necessidade. A limpeza do lugar é facilmente percebida, porém do mesmo modo fica claro a necessidade de manutenção na infraestrutura.

Na porta de entrada é possível conhecer a figura mais emblemática daquele lugar, moreno, com a cabeça branquinha pelo tempo, sorriso largo para receber as pessoas e fechado para botar ordem, o anfitrião do posto de saúde cumprimenta todos que chegam e logo indaga o que desejam ou se estão à procura de alguém e a depender da resposta, de prontidão conduz a pessoa ao seu objetivo. E vai para um lado, vai para o outro, arruma as filas que se fazem para os serviços, aparta as discussões que começam, não sabe o nome de todos os pacientes, mas a enfermidade que cada um enfrenta, ele sabe. Essa mesma energia também se apresenta nos outros profissionais de forma natural, fazendo com que seja percebido uma agradável sensação de bem-estar ao entrar ali. Todos os que foram solicitados em busca de apoio ao projeto aqui em questão foram atenciosos, cuidadosos e disponíveis.

Nas duas UBS percebeu-se semelhança na estrutura física e que as equipes de saúde mesmo enfrentando as adversidades dos já conhecidos processos na Estratégia de Saúde da Família, buscam lidar com estas questões de forma amistosa e com atitudes positivas para o enfretamento e andamento dos atendimentos, fazendo desses lugares ambientes agradáveis, harmoniosos e possibilitando que a equipe possa continuar buscando o aprimoramento, que nunca cessa, na realização da nobre função de cuidar de pessoas com responsabilidade e com uma visão ampliada do ser humano.

5.1.2 O encontro com os agentes comunitários de saúde e entrada no território

Para iniciar as visitas domiciliares fui orientada, em ambas as unidades, que usasse roupa adequada para caminhadas, protetor solar e repelente. Com a antecedência solicitada, por via telefônica, acordamos o dia e horário que começaria a realizar o acompanhamento a visitas domiciliares em companhia dos ACS.

Quando cheguei à UBS José Paracampos, fui ao pavimento superior, na sala da coordenação do posto, enquanto aguardava percebi uma intensa movimentação dos ACS no fim do corredor, próximo a sala multifuncional. Entendi que se tratava da rotina deles, encontrarem-se ali como ponto de encontro de decisões e reuniões rápidas para estratégias de enfrentamento a respeito das necessidades de suas áreas de trabalho, assim como os encontros para “descer para a área” juntos, devido ao perigo da comunidade que alguns sentem. Aguardei calmamente daquela movimentação surgir as duas ACS que estavam agendadas antecipadamente para iniciar a primeira visita. Foi então que nos avistamos e após alguns minutos vieram ao meu encontro. Antes mesmo de me cumprimentarem, as ACS olharam para a forma que eu estava vestida, de cima a baixo, não como uma forma de julgamento, mas sim com preocupação, numa espécie de aprovação para que eu pudesse enfrentar a situação da área que visitaríamos, perguntaram se eu tinha passado repelente e protetor solar, após a minha confirmação, disseram que eu estava com roupa apropriada para ir a visita. Eu estava vestindo tênis esportivos com meias de cano, calça jeans, uma blusa de manga longa com filtro ultravioleta e uma blusa por cima, o cabelo preso em forma de rabo de cavalo e uma camada de repelente cremoso por todo o corpo, além de protetor solar no rosto.

Só após essa averiguação positiva é que, cordialmente, apresentaram-se para mim as duas ACS que me levariam como acompanhante para o campo e partimos para as primeiras visitas domiciliares desse intenso mergulho na realidade do campo de atuação e vivências do Agente Comunitário de Saúde que eu estava prestes a conhecer.

Para sair da UBS houve muita dificuldade, haviam pessoas procurando por elas, pedindo ajuda para conseguir atendimento ou alguma informação a respeito do funcionamento do posto, além das resoluções que estavam tentando finalizar, como renovação de receitas e verificação de reposição de medicamentos. Informações que mais tarde compreendi que se

tratavam de informações relacionadas as necessidades dos pacientes os quais são acompanhados por elas.

Era visível que muitos usuários procuravam auxílio e informações com elas e outros ACS, e aparentemente, a comunicação acontecia com muita naturalidade e confiança e essa foi uma situação bastante comum em todos os dias que pude realizar as visitas domiciliares. Por muitas vezes presenciei os ACS sendo acionados pelos usuários nos postos de saúde e ficava claro que ali estavam pessoas que ocupam um lugar de aproximação com os usuários que buscam apoio no posto de saúde. Enfim conseguimos sair do posto de saúde em direção a primeira visita. Rapidamente decidiram ir primeiro nas casas da área da ACS 01 e depois nas casas da ACS 02, levando em consideração o percurso que faríamos.

A experiência na UBS Luiz Albuquerque Mendes não foi muito diferente. Chegando a UBS, no primeiro horário de funcionamento, me dirigi até a sala a qual os Agentes se reúnem e também acionam o ponto eletrônico de trabalho. Lá estava alguns dos agentes que eu havia conhecido, os quais avisaram-me que os ACS 06 e 08 ainda não tinham chegado, mas que estariam perto, me acolheram e me fizeram sentar para espera-los confortavelmente. Fiquei ali aguardando e observando o movimento do posto e dos Agentes, visto que eu estava acomodada na porta de frente a sala de ponto e reuniões.

A movimentação era frenética, entravam e saíam e voltavam, então conversavam com um e conversavam com outro. Aguçando ainda mais a minha escuta pude perceber que os assuntos giravam em torno de saírem juntos para a área, trocas de informações a respeito de chegadas de medicamentos na farmácia do posto, relatos a respeito de situações que envolviam o território como a violência no bairro e os pontos de foco de mosquitos *Aedes Aegypti* que foram encontrados nas últimas semanas, além de campanhas de vacinação contra a gripe que estava sendo promovido pelo posto e alguns desses agentes estavam fortemente envolvidos em conseguir que enfermeiros fossem ao encontro de seus pacientes que são acamados e não poderiam locomover-se até o posto de saúde.

Frente a essa movimentação, inebriada por todas aquelas observações, senti em meu ombro uma mão me tocar, era a ACS 06 que chegava ao posto para assinar eletronicamente o seu ponto de trabalho e encontra-me. Cumprimentou-me e informou que o ACS 08 já havia chegado, mas estava resolvendo alguns afazeres. Esperei mais um tempo, até que os dois resolvessem as pendências necessárias para que assim pudéssemos partir para os

seus campos de atuação. Encontramo-nos na entrada do posto de saúde, e decidimos partir para o campo, seguindo primeiro para a área do ACS 08, que é vizinho da área da ACS 06, separado por uma avenida.

5.1.3 O desenrolar do cuidado do agente comunitário de saúde no ambiente domiciliar

Foram visitadas 10 microáreas de atuação dos ACS participantes da pesquisa, todas elas eram compostas por ruas simples, a maioria de calçamento. Os postos de saúde eleitos para o desenvolvimento da pesquisa apresentam características muito próximas, inclusive o espaço público nos quais estão inseridos apresentam grandes semelhanças.

A UBS Luiz Albuquerque Mendes está situado no bairro Serrinha e localiza-se na região central da cidade. A UBS José Paracampas está inserido no bairro Modubim, e localiza-se na região sudoeste da cidade. Em ambos os bairros, localizam-se algumas das avenidas mais movimentadas da cidade, servindo de ligação de pontos distantes da cidade, apresentam trânsito intenso e nelas concentram-se os grandes comércios das áreas.

No interior dos bairros concentram-se domicílios e comércios de médio e pequenos portes, muitos deles são, ao mesmo tempo, comércio e domicílio da família ali representada. As ruas e quarteirões que compõem o interior do bairro apresentam infraestrutura precária e pouco desenvolvidas, algumas asfaltadas e outras em estrutura de calçamento, realizamos visitas também em algumas casas de vilas e comunidades. Os domicílios são simples, geralmente com famílias grandes dividindo o mesmo espaço. Todas as casas que visitamos eram feitas de tijolos, com estrutura simples de acabamento, porém algumas, principalmente as casas nas vilas e comunidades, careciam de reboco e o chão estava apenas no contrapiso. Todas as casas eram equipadas com energia e eletrodomésticos básicos como televisão, geladeira e fogão.

A medida que avançávamos as ruas e becos, percebia que as pessoas reconheciam os ACS, sempre cumprimentavam e sorriam para eles, parecia uma forma de reconhecimento pelo lugar de cuidado e ajuda que exercem. Alguns paravam no meio do caminho, falavam através das janelas, as vezes ofereciam algo, como um suco, um café, mesmo que a visita nem fosse em sua casa naquele dia.

Existia sim um certo receio em andar por algumas ruas, haviam relatos de disputas de gangues das comunidades que se rivalizam, porém a sensação era de que os ACS tinham passe livre na comunidade, no que se refere a mim, senti que minha presença estava sendo aceita simplesmente pelo fato de estar na companhia dos ACS, mesmo assim mantinham a atenção e conhecem os conflitos que acontecem entre os espaços.

Em todas as visitas, os ACS seguiram uma espécie de protocolo de cuidados que se valem de cinco pontos chaves: os números da taxa glicêmica medidas nos últimos exames: “Como é que tá a diabetes? Tá normal? Verificou esses dia?” (Visita 01 - ACS 05); “Tua glicemia deu quanto no exame de sangue? (Visita 02 - ACS 06). Quando o paciente tem maiores dificuldades de comunicação ou são idosos, a família é indagada a respeito dos cuidados: “Me diga uma coisa meu filho, a sua mãe, ela tá com a glicemiazinha controlada? Hoje deu quanto?” (Visita 01 - ACS 01).

Realizam o recordatório da alimentação que está sendo feita na rotina: “Como é que a senhora tá hoje, já tomou seu café da manhã? O que foi seu café da manhã?” (Visita 01 - ACS 10). Realizam indagações sobre a rotina alimentar buscando entender as escolhas alimentares nas refeições principais e lanches: “Então, me conte ai como tá sendo a sua dieta, o que a senhora tá comendo durante o dia, até ir dormir? Os lanche, as refeição, conte ai tudinho” (Visita 01 - ACS 06).

Os ACS conhecem seus pacientes de forma tal, que decoram até mesmo as preferências deles, as escolhas alimentares que tem dificuldade para mudar:

Como é que tá sendo a sua alimentação? A senhora tá tomando suco com adoçante, café com adoçante? Ele passou alguma dieta específica? Diminuir a carne vermelha né, tirar as carnes torradas... A senhora tomava refrigerante, comia pastel, tomava café com açúcar né... ai num pode.” (Visita 02 - ACS 07)

Por isso que a senhora se tornou diabética né, porque a senhora comia muito doce né. Tem que diminuir o açúcar e o carboidrato, porque o carboidrato, quando ele é ingerido, se torna açúcar né, por isso tem que tomar muito cuidado. Tapioca, cuscuz, pão, bolo né, que a senhora gosta... tem que ser moderado (Visita 01 - ACS 10).

Se o paciente é idoso e recebe cuidados da família, o ACS questiona esses cuidadores em relação a rotina alimentar do paciente: “Me diga uma coisa, ela faz a dieta? Vocês tão regulando o sal? Vocês trocaram o açúcar pelo adoçante? Durante o dia, o quê que vocês oferece a ela como alimentação?” (Visita 01 - ACS 01).

Quando são pacientes que seguem uma dieta balanceada, o profissional pergunta mesmo assim, como uma forma de verificar que esse ponto está mesmo sendo considerado: “E a sua alimentação? A senhora continua do mesmo jeito, direitinho?” (Visita 01 - ACS 07). Também parabenizam as pessoas quando relatam a alimentação diária e esta condiz com as prescrições médicas.

Parabéns, você está fazendo dieta, senhora tá comendo direitinho, tá tomando café da manhã com pão integral, café, usando adoçante né... como a senhora é diabética, a senhora tem que comer de três em três horas, mas num é comida, num é pão... é isso, é uma frutazinha, come uma maçanzinha de manhã, uma bananinha a tarde (Visita 02 - ACS 01).

Outro quesito dos cinco principais é a respeito do uso do medicamento, fazem a conferência da última receita de remédios: E cadê sua última receita? Traga aí, junto com os medicamentos (Visita 02 - ACS 07), a verificação de que o paciente tem todos os medicamentos: “Tá faltando algum medicamento? Cadê sua última receita? (Visita 02 - ACS 09). As receitas geram dúvidas, as vezes pela letra do médico, as vezes pelo analfabetismo, gerando sempre explicações das mais diversas ordens:

Essa receita a senhora ainda recebe por mais 5 meses, porque vale por 6 meses. (Visita 01 - ACS 07)

Faz um mês que a senhora tá com essa receita, aí tem que comprar né, porque no posto não tá tendo. (Visita 02 - ACS 07)

As receitas estão valendo de 6 em 6 meses né... nessa nova gestão. Era de 3 em 3, mas agora tá de 6 em 6 meses, justamente pra dar essa lacuna pra atender o povo, mas mesmo assim ainda tá tendo dificuldades. (Visita 02 - ACS 08)

A senhora recebeu quando a receita? Então a senhora já pode ir no posto ou ir na farmácia popular. (Visita 01 - ACS 10)

Verificam a administração do medicamento, se está sendo feita corretamente e o armazenamento, principalmente no caso dos usuários de insulina;

A senhora tá tomando qual insulina, a NPH ou é a regular? O médico mudou a dosagem ou é a mesma? (Visita 02 – ACS 01)

Em relação a aplicação da insulina? Que dá última vez nós conversamos né, sobre como é que tava sendo feita essa aplicação da insulina, lembra que nós conversamos? O que que sugava primeiro, o que sugava depois, se era o leitoso, a senhora lembra? Eu até disse assim: Pode ser que a insulina não esteja fazendo o efeito necessário pela maneira da pessoa misturar, fazer aquela misturazinha. (Visita 01 – ACS 03)

Sempre perguntavam sobre a realização de exercícios físicos, ressaltando a importância deles para a mobilidade física, para a diminuição do peso corporal e para o equilíbrio das taxas glicêmicas.

Porque essa caminhada é diferente da caminhada que os médicos aconselham fazer, né... a caminhada que o médico aconselha é uma coisa mais relaxante, pra senhora olhar a paisagem, porque isso aí não é caminhada, isso aí você tá indo pro seu trabalho, tá preocupada pra não chegar atrasada... (Visita 01 – ACS 03)

Tu tá fazendo caminhada, bonita? Tem que fazer, porque tu é muito nova e ainda tem muitos anos pela frente... Ai se tu se alimentar bem direitinho, fizer caminhada e essas coisas tudinho, a sua vida vai ser melhor viu... (Visita 02 – ACS 06)

E a senhora tá fazendo os exercícios de vez enquanto né? Duas vezes por semana? É melhor do que nada né. O ideal seria 5 dias (Visita 01 – ACS 10).

E o último dos cinco principais critérios avaliados sobre a saúde dos pacientes diabéticos, se tratava dos cuidados com machucados e cortes, principalmente nos membros inferiores e a circulação sanguínea.

Porque infelizmente, o maior problema é exatamente os pés, sempre que for calçar o sapato, sacode, bota a mãozinha dentro pra ver se tem alguma coisa que pode machucar os pés. (Visita 01 – ACS 03)

E no mais (chamando a atenção do filho da paciente), tem cuidado viu, que é pra ela não levar quedas né, evitar sapatos que possa machucar os pezim dela... só a chinelinha né. Se notar que os cabresto da chinela tá ardendo, tá ficando vermelhinho, já evita aquela chinela... porque o diabético, um calozinho, um ferimentozinho, uma pelisinha arrancada já complica (Visita 01 - ACS 02)

Mas a senhora tá de parabéns, porque é uma paciente consciente né, das suas enfermidades, tá fazendo a dieta bem direitinho. E ela já sabe né, o que é que pode acontecer se não cuidar... fica complicado. Como a vizinha aqui né, que come de tudo e hoje em dia teve que amputar o pezinho, mas aqui a senhora, tá com o pezinho bem cuidadinho. Tenha cuidado com os sapatos apertados, com qualquer feridinha... (Visita 02 – ACS 01).

Entre as perguntas que contemplavam cada um desses cinco pontos, emergiam as informações e instruções para a melhoria dos quadros e situações que estavam sendo relatadas pelos pacientes. Lembrando sempre que as instruções vinham carregadas de prudência para estarem de acordo com as prescrições médicas dadas nas consultas na UBS e vinculadas as últimas receitas prescritas.

Se você tomar a medicação, sem fazer o regime direito não adianta. A medicação não vai servir, porque a medicação é um complemento. Não adianta tu fazer exercício e não fazer a dieta, não adianta. Tu vai ter que comer as frutas, esquecer as massas, não vai tomar café com açúcar, vai trocar por adoçante... (Visita 01 - ACS 05).

Então aquelas orientações que eu sempre dou né seu Raul. Além dos medicamentos, o senhor tem que fazer uma dieta alimentar, é importantíssimo. Porque o que elevou

a sua taxa de glicemia, o senhor mesmo disse... os doces, o açúcar... então tem que evitar as comidas com muita açúcar e as massas, porque no sangue se transforma em açúcar (Visita 02 - ACS 08).

Evite esses sucos industrializado. A senhora tem que pegar a própria fruta e fazer o suco... a acerola, o melão, a goiaba, a laranja... evitar essas carne de lata, esses embutidos... prefira as carnes brancas e o peixe... (Visita 02 – ACS 01)

Seguido das orientações a respeito dos cuidados que devem ter com a saúde, também explicavam sobre os agravos do diabetes, informando sobre complicações oriundas da não aplicação dos cuidados sugeridos pela equipe de saúde.

Poisé, porque olha, essas são as complicações dos diabéticos, cegueira, tem a complicação também da amputação que a gente tá falando desses ferimentos nas pernas e nos braços, tem outras complicações neurológicas também, tem complicações cardíacas, a diabete é uma doença que nós chamamos de silenciosa, por exemplo as vezes a pessoa tá com a glicemia lá em cima e num tá sentindo nada né? Ai é que entra a preocupação num é, porque... é assintomática, não tem sintoma né?! (Visita 01 - ACS 01).

Tem que ter cuidado com os sapatos, pra não machucar e outra coisa, tem que estar sempre secando entre os dedos viu, tenha cuidado com esses pezinhos e evitar de ficar cortando unha, cortando os canto... tem que cortar as unha quadrada, num pode ser as unhas redondinha não. (Visita 01 – ACS 03)

Os ACS sempre deparavam-se com situações de dúvidas por parte dos paciente em relação a como tomar a medicação, os horários e doses corretas, erros e inseguranças graves em relação a alimentação, frente a esta realidade, sempre insistiam para que os pacientes não saíssem das consultas sem que perguntassem tudo o que gostariam para os profissionais, insistindo para que tirassem dúvidas com os profissionais.

Sim, eu vejo seu exame, mas eu não sou médico pra olhar ne... tem que levar na consulta. E a senhora tem que perguntar tudinho pro médico, se tiver dúvida tem que

perguntar. Onde já se viu... Num pode sair do posto sem perguntar, oxe, tem que perguntar mesmo. Num tá com dúvida?! (Visita 01 – ACS 08)

É assim, o médico passa uma medicação dessa, você tá com 500 (exemplo de taxa glicêmica elevada), o médico passa a medicação, mas quem se cuida? É como estudar, o professor passa a matéria, mas quem tem que estudar é você. O médico vai cuidar é da família dele, ele num vai cuidar de você, quem tem que se cuidar é você. É assim, se o médico passa essa medicação pra você e você tá tomando, depois você tem que fazer um exame pra saber se baixou a taxa de glicose entendeu. A minha fia tem que ir no posto, marcar... (Visita 01 - ACS 05).

São comuns os exemplos sobre medicamentos caseiros, ou condutas de senso comum realizadas por alguns pacientes, por isso os ACS indicavam sempre que os pacientes precisam praticar as condutas prescritas pelos médicos, ao invés de continuamente consumir outros medicamentos ou receitas caseiras que ouvem falar das pessoas da comunidade ou assistem em programas de televisão, alertando que cada indivíduo tem sua singularidade e uma prescrição individual.

Relate aí essa história. Quem foi que trouxe esse remédio aí, sem ser um remédio que o médico passou? (tempo de resposta) Então não foi o médico que passou, você tomou por conta própria. Homi, você tome cuidado com essa história de tomar remédio dado pelos outros... a medicação sem ser dada pelo médico, é arriscado o senhor morrer, dá ai algum problema e o senhor morre... (Visita 01 - ACS 09).

Tá certo, só não pode é trocar os remédio que o doutor passou por isso ai né. Se o senhor quer tomar, então tome. Um chazinho num vai fazer mal não. Mas não adoce com açúcar, use o adoçante... (Visita 02 – ACS 08)

A forma como os ACS comunicavam as informações, usando palavras simples, diretas e linguajar adequado, aproximava os pacientes promovendo um diálogo no qual era nítido que estavam à vontade para tirar dúvidas e expressar opiniões.

Você vai ter que parar de comer doce esses dias e massas. Já pensou tu pegar uma granguena aí ou ter um infarto... Deitou e num sabe se acorda. É o teu sangue que fica sem oxigênio, como é que ele vai oxigenar todo esse organismo, se tá sujo de açúcar? (Visita 01- ACS 05)

Mas é como eu sempre digo, se não se cuidar, a família vai ficar sem a mãe... entendeu, porque precisa né, cuidar da saúde, precisa se cuidar pra poder dá conta né... aí se você ficar sempre nessa correria de nunca lembrar de si só do outro... 'ai porque eu tenho que fazer o café, o pessoal tem que lancha, eu tenho que sair pra trabalhar'... chega o dia em que não aguenta, entendeu... e infelizmente acaba precisando né... sei lá, se internar ou sei lá, de repente um avc muito forte, que deixe sequelas que vai impedi-la de fazer as coisa (Visita 01 – ACS 03).

Por que que é bom beber água? Principalmente quem é diabético e hipertenso... porque água num é vida? Ela num sai limpando... Então, ela limpa todos os teu órgãos, todo o seu organismo e principalmente a corrente sanguínea e hidrata (Visita 02 – ACS 04).

Mulher, porque é assim, se tu evitar o açúcar, esses arroz branco, pão carioquinha, esses pão fino, essas coisa, farinha, aí melhora muito... Poisé bom, ela (a nutricionista) passa a tua dieta bem direitinho, tu se alimentando bem direitinho num acontece nada, tu vive, olha, anos e anos, aí num prejudica tua visão, nem tuas pernas, nem nada. Porque tu é muito nova, aí daqui pra frente, pra tu ter uma vida boa tu tem que se cuidar... (Visita 02 – ACS 06)

As visitas geralmente eram finalizadas com palavras de incentivo e motivação, o ACS sempre se mostrava preocupado em sanar as dúvidas e resolver as pendências dos pacientes trazendo a solução ou realizando o encaminhamento correto para a sua necessidade. Ao final tentava firmar acordos de mudanças com o paciente, de acordo com as necessidades percebidas durante a visita.

Olha, vamu determinar aqui... é coisa de Deus... quinze dias sem comer açúcar, sem bolo, sem massa... continua fazendo teu exerciciozinho e continua comendo frutas nos intervalos e tira a massa. Eu vou passar aqui daqui uns quinze dias, pra ver... (Visita 01 - ACS 05).

Ai, vamos tentar trocar essa palavra de “não consigo” por “vou tentar novamente”, né... e vai tentando, vai tentando... (Visita 02 – ACS 03)

Tem que se ajudar... porque infelizmente os remédio num opera milagre não. É a medicina fazendo a parte dela e a senhora fazendo a sua. (Visita 01 – ACS 03)

Além do aspecto da comunicação verbal, existia uma comunicação gestual forte e imprescindível, atitudes corporais que clarificavam a intimidade que ali estava estabelecida, as atitudes de toques nos pacientes, tanto numa demonstração de cuidados quanto de carinho, a postura atenta a qual se colocavam durante os relatos e perguntas feitas a eles e a maneira como se apresentavam confortáveis nas acomodações das casas faziam menção a palavra visita e não consulta a qual a profissão do ACS objetiva, fazendo com que aquele momento estivesse rodeado por uma leveza na qual assuntos mais difíceis e delicados pudessem ser tratados de forma direta e descomplicada. Ali não existiam titulações, não existiam classificações, os Agentes e pacientes eram tratados pelos nomes e mais pareciam amigos íntimos do que cuidadores profissionais.

Exemplificando uma das emblemáticas visitas, chegamos a uma casa bem simples de esquina, fomos recebidas no portão por uma mulher de aproximadamente 40 anos, entramos por uma sala e fomos conduzidas até o segundo cômodo que era a copa, em uma mesa de 6 lugares, nos sentamos junto a uma senhora que já estava acomodada. A ACS 1 movia-se na casa de forma espontânea, chamando a todos os presentes pelo nome. Apresentou-me e avisou que eu estava acompanhando as visitas naquele dia.

A ACS 1 dirigiu-se primeiramente a senhora de 72 anos que estava sentada a mesa, e depois passou a falar com sua filha que também é diabética. O atendimento seguiu o protocolo que, como já mencionado, é como um direcionamento que os ACS têm a respeito dos cuidados e atenção que devem dirigir aos pacientes diabéticos. Pegou a última receita prescrita, alertou a respeito das datas de recebimento de medicamento e próximas consultas, sugeriu alimentos para serem inseridos e outros retirados da dieta relatada, examinou os pés e pernas da paciente, além de efetuar estímulos para realizar caminhadas mesmo que lentas.

A abordagem da ACS 01 foi aceita como forma de zelo pelos familiares, que agradecidos faziam questão de falar da sua importância e do quanto eram ajudados por ela. Era

visível que todos estavam confortáveis com a visita da ACS 01 e não pareciam esconder nenhuma informação, de forma leve a profissional ia fazendo a conversa desenvolver dentro da relação de vínculo e confiança estabelecidos ali.

As palavras de agradecimento pelas visitas eram constantes e, sem dúvidas, evidenciavam o suporte que a comunidade enxerga no ACS em relação a UBS da sua região. Não foram percebidos constrangimentos e sim acolhimentos de ambas partes, num busca mútua por uma saúde melhor para a si e a comunidade.

5.1.4 Interação pesquisador e agente comunitário de saúde

A construção da relação pesquisador-participantes foi construída de forma tranquila, paciente e natural. Desde os primeiros contatos, em ambas as unidades de saúde, o sentimento foi de agregação e cuidados para comigo, já que não estava acostumada as atividades que realizaríamos e ao ambiente que enfrentaríamos, porém, em nenhum momento fui poupada de estar frente a frente com as situações cotidianas as quais os agentes vivenciam e não foram escolhidas residências ou pacientes modelos, mas sim, seguiram as suas rotinas de trabalho. Busquei ter o cuidado de vestir-me de acordo com o grupo de ACS, ao passo de que por vezes pacientes perguntaram se eu era uma ACS em treinamento, o que me deixou muito satisfeita, pois minha intenção era estar inserida no contexto e interferir o menos possível na rotina das atividades.

Com o passar dos dias as relações foram se estreitando, passamos protetor solar juntos, lanchamos aquela fatia de bolo mole na bodega juntos, subimos no ônibus para chegar até a área que seria visitada juntos, pisamos na água da chuva acumulada nos bueiros juntos e, claro, demos várias risadas durante os momentos de descontração que desfrutamos. Cada uma dessas situações vividas com eles construiu uma proximidade que deu lugar até mesmo para o compartilhamento de questões pessoais e realidades duras que vivem em suas vidas privadas, além de projetos e sonhos que tive a oportunidades de escutar e guardar no meu coração. Essa construção nos levou de um aperto de mão em nossos primeiros contatos a abraços calorosos nas finalizações das atividades de pesquisa.

O estabelecimento da relação com os sujeitos da pesquisa que eu iria construir durante esse processo era uma incógnita, porém era uma máxima para mim que, estando lá,

estaria na única posição que me cabia, a de aprendiz. O sentimento de curiosidade que me permeava, fazia de mim uma estagiária deslumbrada por experimentar e ver acontecer princípios básicos de humanização descritos nas teorias estudadas e discutidas em sala de aula. Acredito que a minha postura de respeito e honra ao trabalho prestado com zelo pelos ACS e a postura irremediável deles de serem acolhedores e prestativos construiu uma relação de confiança e ajuda que foi sendo fortalecida a cada novo contato que experimentávamos, ao passo de que, mesmo alguns estando de férias das suas atribuições, fizeram questão de participar de todas as etapas as quais foram solicitados. A resposta que pude ter com tais atitudes falou a respeito de comprometimento com os princípios que regem as suas profissões, o desejo de proteger e valorizar a sua atividade diária junto as famílias acompanhadas e a honra pela palavra dada quando, compreendendo as etapas da pesquisa, aceitaram fazer parte do processo.

Eu, que antes dessa pesquisa não tinha nenhuma aproximação com essa realidade, desde que comecei a me apropriar dessa profissão e as suas atribuições, evoluiu em mim um grande desejo de experimentar, mesmo que um pouco, dessa experiência. A atuação clássica da psicologia clínica fica retida no espaço fechado do consultório e não dá a abrangência de sentir a partir de todas os estímulos sensoriais que uma pessoa pode experimentar estando em contato direto com a realidade a qual busca-se compreender. Não tenho a intenção de classificar a importância de ambas condutas, afinal para cada uma há seus motivos e referenciais, entretanto, certamente mesmo ocupando um dos bancos das melhores escolas de saúde pública conhecidas, indubitavelmente não alcançaria a compreensão a respeito de humanização em saúde que o nível de estímulos aos quais fui submetida por essa experiência me remeteu.

Enfatiza-se que desde os primeiros contatos telefônicos, seguindo até final das atividades de coletas de dados junto as UBS, coordenação e ACS, a disponibilidade e valorização da pesquisa foram percebidas de forma singular e clara. Certamente a compreensão dos profissionais da importância da geração de conhecimento e disseminação do exercício do trabalho realizado na assistência pública contribuiu de forma intensa para a realização desta produção. A todo momento foram atendidas prontamente as necessidades encontradas para o desenvolvimento desta pesquisa e não foram contados esforços para contribuir com esse estudo.

5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E RODAS DE CONVERSA

5.2.1 Categoria 1

5.2.1.1 Significados do autocuidado

Sendo o ACS um agente de promoção da saúde, que atua no seio das comunidades em que as pessoas vivem, além de exercerem uma prática de atenção a grupos prioritários dentre os quais destaque-se o portador de DM2. Seu trabalho de seguimento longitudinal, marcado por práticas de educação em saúde tem como um de seus objetivos capacitar as pessoas para o autocuidado, sendo fundamental conhecer o que isso significa para esses atores.

Foi referido que o significado de autocuidado “É a pessoa ter a capacidade de si cuidar” (ACS 09 - Entrevista), em outra fala é possível perceber a concordância “Autocuidado para mim é a gente cuidar da gente mesmo” (ACS 06 - Roda de Conversa) O cuidado mencionado é especificado como “...cuidar de si próprio né, da sua alimentação, evitar quedas, machucados né, porque a diabetes tá muito ligada a essas coisas, então o autocuidado é isso, cuidar do corpo dele, cuidar da mente dele, cuidar do espírito dele, tudo tá interligado.” (ACS 01 - Entrevista).

O cuidado consigo relacionado à práticas específicas de controle do DM2 apresentado pelos ACS, foi utilizado por Sánchez *et. al* (2016) para quem autocuidado se refere às ações tomadas pelos pacientes em benefício de sua própria saúde em relação às práticas de exercício físico, nutrição adequada e autocontrole, ao investigarem os conhecimentos sobre a doença, autocuidado e fontes de informação por 22 portadores de DM2 em Manzanillo no México.

Outra explicação foi dada por um participante empregando a palavra “zelo” como sinônimo do conceito de autocuidado. Segundo o dicionário Michaelis (online), zelo é definido como uma dedicação extrema a alguém ou algo, estado de quem se empenha na realização de algo. Dessa forma é possível perceber que a compreensão por parte do ACS é vista como uma postura de comprometimento em realizar algo com a maior excelência:

É a pessoa cuidar de si mesma e assim ter esse zelo com a sua própria vida, com a sua própria saúde. É você ter o seu próprio zelo né, pra mim é como eu estou me respeitando, eu quero viver mais, então eu tenho que fazer por onde, então eu tenho que me proteger, me defender né me cuidar (ACS 03- Roda de Conversa)

Outro ACS, expressando sua concepção, empregou o termo “zelo” como sinônimo para autocuidado, como uma atitude que parte do profissional, neste caso o ACS, para com o paciente, revelando a visão de responsabilidade na realização dos cuidados com uma dedicação profunda, apresentando as ações de autocuidado do paciente e as ações de autocuidado apoiado pelo profissional de forma entrelaçada e não em paralelo, revelando uma visão de fundição intensa na perspectiva das atitudes de promoção de saúde, sem distinção do que pertence ao ACS e do que pertence ao paciente:

pra mim assim, na minha comunidade lá, é ter zelo pelo próprio paciente. Eu vejo assim né eu ir lá zelar, orientar pela saúde dele, ele tomar as medicações em horários adequados, porque tem uns paciente que toma um dia e no outro dia não toma – ah eu não vou tomar hoje, só vou tomar amanhã - é isso, a gente fica assim orientando a cada dia que passa mesmo o paciente auto se cuidar, pra mim é um zelo que nós temos por ele né (ACS 07 - Roda de conversa).

Aqui é possível perceber a necessidade de compreender o contraste dos termos e distinguir as atitudes de Autocuidado e Autocuidado Apoiado, entendendo a importância dessa diferença não só como separação de responsabilidades e descentralização dos cuidados de saúde que recaem em maior escala sobre o profissional, mas evidenciando que o profissional conseguir diferenciar essas ações é, de acordo com Lopes (2015), um pilar para delinear um dos princípios da promoção de saúde, o empoderamento do paciente.

O ACS, atuando como um profissional que tem em seus objetivos a educação em saúde, deve facilitar e não dominar o processo do paciente na decisão de autocuidar-se, conhecer as diferenças conceituais a respeito de autocuidado e autocuidado apoiado balizam as suas intervenções em promoção da saúde.

A pouca habilidade na distinção do termo autocuidado foi verificada diversas vezes nos discursos de determinados participantes, estes apresentaram o entrelaçamento dos conceitos em relação às ações pessoais de autocuidado e as ações de apoio ao autocuidado, “O autocuidado é a gente reforçar as orientações que o paciente recebe quando sai da sala do médico né, o nosso trabalho do dia a dia nas visitas domiciliares” (ACS 08 - Roda de Conversa).

A responsabilidade do cuidado em saúde ainda concentra-se em grande volume sobre os profissionais de saúde, o conceito de que o cuidado com a saúde se origina e finda no profissional ou na equipe multidisciplinar é bastante antigo, porém ainda muito presente, sendo encontrado até mesmo na postura e compreensão de vários profissionais, como é possível perceber no discurso apresentado, o que compromete ainda mais o desenvolvimento de autoresponsabilização dos pacientes.

Compreender que “O autocuidado é o acompanhamento ao diabético, é a orientação, prevenção e a informação” (ACS 05 - Entrevista), é uma falha na distinção conceitual do termo, visto que ações de orientação e acompanhamento são, de acordo com Mendes (2012), Carrijo e Rasera (2013) e ainda Mendonça et al (2017), ações fundamentalmente de autocuidado apoiado.

Outro termo que foi empregado como significado de Autocuidado foi prevenção. No caso do DM2, visto que é uma doença crônica, a qual o paciente precisará conviver e cuidar, sendo possível obter qualidade de vida a partir do equilíbrio das taxas glicêmicas (SCHMIDT, 2014), a prevenção aqui citada está associada não a prevenção do Diabetes, pois fala-se de pacientes acompanhados já diagnosticados, mas sim da prevenção referente ao desenvolvimento dos agravos, com o objetivo de postergar as suas complicações:

É prevenção né, você tem aquela prevenção, que é pra você não vim a adoecer... É você se prevenir, pra qualquer tipo de doença. É aquele autocuidado assim, por exemplo, você tá doente, você tá com a doença diabetes, você tem que ter aquele cuidado, já pra não se estender mais (ACS 02 - Entrevista).

As medidas de prevenção continuam sendo indicadas no caso do Diabetes e se relacionam com o Autocuidado ao passo de que as mesmas ações que foram geradoras da

doença, são as mesmas que desenvolvem os agravos desta. Portanto os cuidados são basicamente os mesmos anteriores ao diagnóstico, ou seja as indicações para prevenir, afinal esses cuidados são globais em relação a manutenção de uma boa condição de saúde, porém com o diabetes instalado esses cuidados precisam ser aprimorados pois o corpo do paciente em sofrimento com a cronicidade já apresenta as limitações fisiológicas que comprometem o bom funcionamento dos órgãos. Portanto foi conceituado que o autocuidado “é você fazer as medidas preventivas e realizar tudo o que foi orientado pelos profissionais que essa pessoa foi atendida, no caso o médico, a enfermeira e a gente, agente de saúde (ACS 08.- Entrevista).

Contudo, a maioria das manifestações a respeito do significado de Autocuidado versou a respeito de realizar práticas de cuidados de saúde em virtude de si mesmo, de forma voluntária e consciente. Consciência essa a qual se origina do empoderamento por parte do paciente em relação a sua condição, adquirida por diversos meios, principalmente as ações de educação em saúde promovidas pela equipe de saúde da família.

5.1.1.2 Autocuidado e consciência

Um outro aspecto categorizado foi a apresentação da importância da conscientização do paciente, o que enfatiza uma proposta de maior profundidade cognitiva solicitada ao paciente. Uma lógica apresentada pelos participante de que para realizar as medidas de cuidados com a saúde é necessário que no paciente exista uma consciência dessa importância. Autocuidado “É você se cuidar, ter a consciência que tem que se cuidar” (ACS 02 - Roda de Conversa), essa explanação é a manifestação da observação empírica feita diariamente no campo de trabalho, de que a atitude de cuidado ou zelo para consigo mesmo, é originada por uma consciência. “Autocuidado na minha concepção é você se cuidar, você ter um cuidado com você mesmo. Ter a sua consciência de que você é uma pessoa que tem o seu problema de saúde e você precisa se cuidar, isso pra mim é a pessoa ter autocuidado” (ACS 03 - Entrevista), no contexto da explanação dos ACS, essa consciência está apresentada não como um estado mental consciente ou inconsciente, mas refere-se a uma consciência significada por um conjunto de pensamentos, o qual pode ser explicado como um elemento cognitivo:

...tem que ter a consciência que ele mesmo... que tem que começar por ele. Ele tem que ter aquela consciência: ‘ah eu tenho que tomar isso, tenho que tomar esse medicamento’. Ele tendo essa consciência ele vai ter o autocuidado, ele mesmo vai cuidar de si próprio (ACS 10 - entrevista).

Wright, Basco e Thase (2008), afirmam que a consciência é considerada o mais alto nível da cognição humana. A consciência é um estado de atenção na qual é possível racionalizar e tomar decisões baseadas no cruzamento de aspectos psicológicos, tais como a relação das lembranças de experiências vividas no passado com situações vivenciadas no presente (MATOS E MENEZES, 2014):

Ter essa consciência de que ele tem que se cuidar, a decisão tem que ser é dele, ele tem que ter essa consciência que o autocuidado é com e tem que partir dele, da pessoa dele e não pode ficar dependendo de terceiros... a partir do momento que ele já foi diagnosticado aquela doença, porque o profissional já disse pra ele né, quais são as consequências da doença... orienta o que é a doença pra ele, então a partir daí tem que tomar essa tomada de consciência: ‘eu preciso me cuidar’, ‘Se eu sou diabética eu tenho que usar sapatos confortáveis pra não machucar meus pés’, ‘eu tenho que evitar andar de pé descalço’ né, ‘eu tenho que evitar comer excesso de doce’, ‘tomar medicação’, ‘fazer uma caminhadinha’, ‘trocar essas comidas gordurosas’ - que eles gostam demais de xilito e essas coisa aqui, embutido - ‘eu tenho que ter essa tomada de consciência o que é bom pra minha saúde’ (ACS 01 - Roda de Conversa).

Aron Beck, que desenvolveu a Terapia Cognitivo Comportamental na Universidade da Pensilvânia, na década de 1960, contribui com o conceito de cognição quando afirma que o comportamento humano faz parte de uma equação que consiste na relação entre pensamento, emoção e atitude.

Beck J.S. (1997), afirma que ao modificar um pensamento, este interfere na emoção que por sua vez, reflete na atitude do indivíduo. Dessa forma, sugere que seja avaliado

o fator cognitivo do paciente, verificando a presença de pensamentos disfuncionais, que são pensamentos irreais sobre determinada situação, para que sejam modificados à condição de pensamentos funcionais e possam gerar emoções e atitudes mais adequadas para o desenvolvimento do bem-estar do paciente.

Quando o ACS 01 traz em sua fala os exemplos de pensamentos que o paciente, na sua concepção, tem que ter, ele está considerando que as ações de cuidado, por exemplo de tomar o medicamento, já tenha sido implementado como pensamento automático no paciente. Porém é preciso considerar que os elementos de linguagem não são elaborados de forma única na mente de pessoas diferentes, justamente por serem diferentes e terem seus aprendizados baseados em relações sociais e história de vida singulares:

...a pessoa já tem aquela consciência por si própria de que ela tem que fazer aquilo ali né, é ela que vai fazer, é que vai ter aquele autocuidado, então se ela tem essa consciência não precisa ninguém falar pra ela o que ela tem que fazer porque ela já tem aquilo em mente (ACS 10 - Roda de Conversa).

Outra fala que contribui e confirma essa forma aprofundada a respeito do conceito de autocuidado pode ser percebida:

Autocuidado pra mim é assim, é você a partir do momento que você recebe um diagnóstico de, vamos supor assim, eu recebi um diagnóstico de alguma coisa, aí eu tenho a consciência de que tudo que eu fizer aqui vai ser bom pra mim, pra minha vida, pra mim ganhar mais um tempinho de vida, beleza. Mas, os desvios vão me prejudicar e eu vou eliminando os desvios vou lutando pra tentar, porque também tem a força de vontade, tem o querer né. Aí eu vou lutando pra não fazer mais aquilo ou tentar não fazer mais aquilo pra me respaldar, pra poder suprir o que eu preciso, ou seja, pra zelar da minha vida, entendeu? (ACS 04 - Roda de Conversa)

É possível perceber no desenvolvimento das falas que o conceito de autocuidado vai ganhando profundidade subjetiva ao passo de que a discussão conceitual é colocada em pauta, aprofundamento provocado a partir da pergunta realizada aos ACS a respeito do significado desse termo. Quando o profissional afirma que Autocuidado “É ter consciência de que eu preciso fazer o correto. Fazer o que eu tenho, botar o meu conhecimento em prática”

(ACS 09 - Roda de Conversa), ele apresenta o percurso que a mente do paciente faz, ou deveria fazer, para conquistar uma postura de autocuidado, apresentando a importância de estar consciente do seu estado de saúde, a constatação de que é preciso fazer algo por essa situação, que esse algo quem faz é o próprio paciente e de que esse algo precisa estar respaldado pelo que é certo, e que esse certo já foi conhecido através de educação em saúde e informações a respeito da sua condição e das ações de tratamento realizadas em consultas médicas e outros contatos com a equipe de saúde.

5.2.2 Categoria 2

5.2.2.1 O vínculo como chave para a efetivação do autocuidado apoiado

Compreendendo que o Autocuidado é um conjunto de ações que o indivíduo realiza em benefício próprio, podemos entendê-lo como um comportamento que pode ser aprendido (MENDONÇA et al, 2017), dessa forma pessoas com diabetes devem mobilizar-se para implementar atitudes que condizem com os cuidados indicados para a manutenção de sua saúde.

Para alcançar esse objetivo precisará de empenho na consolidação do que antecede esse comportamento, ou seja, as mudanças cognitivas, os pensamentos em relação as atitudes cotidianas. Como medida de contribuição para o desenvolvimento do autocuidado, os profissionais de saúde são encorajados a desempenhar ações que objetivam a promoção do autocuidado, a esta conduta dar-se o nome de Autocuidado Apoiado (MENDES, 2012; MENDONÇA et al, 2017).

Indagados a respeito de como é possível apoiar o autocuidado do paciente, ajudando-o a desenvolver suas rotinas no tratamento de sua saúde, foram expostas as seguintes afirmações:

“... por meio de conquista do vínculo do profissional e a saúde da população né. A humanização também é muito importante nesse trabalho e também outra que eu anotei e que eu acho muito importante no nosso trabalho é estimular. Estimular né as práticas do indivíduo ou das famílias pra evitar, pra fazer a prevenção né, pra não

chegar a ser diabético né, estimular o exercício físico, as práticas de saúde.” (ACS 08 - Roda de Conversa)

O vínculo citado pelo ACS 08, foi reafirmado pelos outros participantes que expuseram exemplos do seu cotidiano no campo para fortalecer a visão de que o desenvolvimento desse vínculo, a partir de bases de condutas como a humanização durante as suas intervenções, é o elemento que deve ser considerado nas práticas de trabalho do ACS, compreendendo que as condutas de respeito, valorização e parceria com os pacientes são capazes de afetar de forma positiva a decisão de não se cuidar, modificando-a:

O acesso próximo com a pessoa né. A gente não é considerado um profissional agente comunitário e sim o amigo daquela pessoa. No meu caso das minhas práticas lá dentro da área, como eu moro dentro da área a pessoa não separa o ACS do posto de saúde e o ACS vizinho e chega e vai lá dentro da minha cozinha e bebe água né (ACS 09 - Roda de Conversa).

Em concordância com o que foi percebido no campo de pesquisa, Pinto et al (2017), afirma que o acesso próximo a pessoa assume amplo sentido, relacionando-se com a presença do profissional no mesmo espaço de vida dessas pessoas, em que o ACS tem livre acesso aos domicílios e fora do seu horário de trabalho as pessoas também visitam sua casa. A presença do ACS na casa das pessoas é considerada uma prática privilegiada para identificar problemas no momento inicial de sua ocorrência, o que não se dá com a prática restrita ao consultório:

É a questão do olhar. O papel do agente de saúde é muito bom porque o médico não tá lá na casa dos pacientes, ele só vai nos acamados né quando a gente pede, mas nós estamos lá no dia a dia, toda semana né e o olhar. A primeira coisa que a gente olha pro diabético é esse olhar...Se ele emagreceu, se ele engordou, como é que tá o pé, se o pé tá machucado, se tá vermelho a gente avisa ‘olha isso aqui não é legal não pra você que é diabético, corra lá pro posto porque com certeza a sua glicemia tá alterada’. Aí a gente pede pra olhar a medicação, se tem muito remédio na sacolinha (ACS 01- Roda de Conversa)

O trabalho em âmbito domiciliar acrescido da permissão dada pelas pessoas ao ACS para explorar suas casas, propicia identificar as circunstâncias em que o tratamento medicamentoso vem sendo seguido, como também, permite conhecer as condições socioeconômicas que são consideradas pelo ACS para realizar as orientações de compra de alimentos, partindo do que é adequado, mas do que pode ser adquirido. Nesse sentido o vínculo é apresentado como o elemento que possibilita essa intimidade que, ao passo em que a relação do ACS com a família e com o próprio paciente vai sendo fortalecida, colabora para que as intervenções do ACS possam ser mais profundas e efetivas:

Então, essa coisa da gente entrar na casa do paciente porque eles dão liberdade pra gente incrível né, de chegar até no quarto e ver como é que tá o remédio, olhar a geladeira e ver como é que tá sendo acondicionada a insulina e a alimentação né, a gente olha desde a possibilidade de cada um, porque infelizmente os nossos idosos são aposentados, mas a maioria do dinheirinho deles é pra pagar conta né, mas eu disse: ‘olha uma banana é barata, uma alfacezinha, uma cenourazinha é barata...’
Então, é esse olhar, é a base de tudo (ACS 01 - Roda de Conversa)

A responsabilidade que cada indivíduo tem a respeito da prevenção de doenças, desenvolvimento de comportamentos de autocuidado e manutenção do bem-estar próprios está diretamente ligado a identificação das deficiências nas ações de cuidados com a saúde (SALCEDO-ÁLVAREZ et al, 2012). Não é possível haver mudança de comportamento, sem que haja uma identificação das atitudes a serem mudadas, para isso a observação do cotidiano e das condições de moradia desse paciente, que é um privilégio da atuação do ACS a partir das visitas domiciliares, é o que respalda e confirma a necessidade das intervenções desse profissional acerca da prevenção de doenças e agravos e da promoção do Autocuidado com pacientes da sua área de atuação.

O Relato da ACS 03, a respeito do vínculo estabelecido com os seus pacientes revela a possibilidade de realizar intervenções com tanta intimidade e que essa conduta é, não só permitida pelo paciente, mas apreciada por eles:

Eu posso dizer que nós somos quase que o remédio desses doentes, nós somos o anjo da guarda deles... Quando eu visitava eu ensinava, eu separava os remédios, eu

olhava os pés dela, eu ensinava como é que ela tinha que secar bem os dedos, entre os dedos, cuidado da suas unhas não deixe cortar os cantinhos, então assim, ela sentia essa é minha filha. Ela me chamava de anjo, você é meu anjo, você é meu anjo da guarda (referência a uma portadora de DM que não está mais em sua microárea) (ACS 03- Roda de Conversa)

A empatia que o ACS emprega sobre o paciente conquista uma proximidade que colabora para que o Agente intervenha em situações de saúde, realizando ações educativas, corrigindo erros alimentares e na administração de medicamentos, além de motivar o paciente para exercícios físicos e aconselhar a respeito das dificuldades psicológicas que angustiam o paciente (MOURA e SILVA, 2015).

A utilização de espaços da comunidade com atividades recreativas e que propiciem movimentos corporais compõem as práticas orientadas e apoiadas pelos ACS, além de que o profissional usufruir dos mesmos equipamentos públicos e participando das atividades motiva o paciente a participar: “E na quadra da zumba a gente tá lá junto com eles né, a gente além de incentivar a gente está lá. (ACS 01- Roda de conversa). A ACS ressalva a importância de orientar e ser exemplo:

A gente dá o exemplo, orienta e a gente ao mesmo tempo dá o exemplo e como isso muda a vida deles, porque ‘olha aí a ACS X tá fazendo zumba, tá fazendo caminhada, a ACS Y não toma mais coca cola e só está tomando suco natural’, então a partir daí sim, com certeza o exemplo é que arrasta multidões (ACS 01-Roda de conversa).

A atenção que o ACS dispensa em prol do paciente apoiado propicia o cuidado psicossocial, emergindo, dessa relação, o afeto e a amizade construídos a partir da manifestação do cuidado e da humanização, produzindo, no paciente, motivação para o autocuidado, melhora da autoestima e acolhimento das práticas de saúde indicadas (SANTOS e NUNES, 2014):

Eu me tornei também amigo da família né. Quando a gente fala com uma pessoa estranha, a pessoa nem liga, mas quando se torna amigo daquela pessoa é diferente,

já não sou mais o agente de saúde, sou o conselheiro também. Porque eu sou o amigo da família, é uma relação mais aproximada. Facilita muito. (ACS 09 - Entrevista)

Podemos compreender a afetividade como um instrumento de trabalho subjetivo, necessário para o fortalecimento da parceria e da confiança, que são a base para um vínculo profundo e permanente que possibilita as intervenções dos Agentes e potencializa a motivação dos pacientes para a mudança dos comportamentos (MOURA E SILVA, 2015).

Sendo a pessoa com DM2 o maior responsável pela manutenção da sua saúde e melhor equilíbrio do seu prognóstico, existe uma pressão sobre este paciente, deixando de lado a subjetividade dele, sua cultura, suas crenças e sua forma de existir e se relacionar no mundo, em prol da manutenção e equilíbrio das suas taxas metabólicas, como se não houvesse entrelaçamento entre esses dois polos, passando, a pessoa diabética, a ser tratada como a própria doença e não como um indivíduo em primeira instância, com suas lutas internas e seus comportamentos adquiridos e enraizados por tantos anos (CAPRARA et al, 2015). É fundamental o olhar humanizado para essa pessoa, é necessário considerá-lo mais do que um paciente acometido por uma doença crônica, mas qualificá-lo como um ser todo, holístico e complexo:

A importância do escutar, porque às vezes a glicemia altera não é nem por conta de remédio e nem de alimentação é por conta de abandono, tristeza, solidão. E a gente escutar, tem aquela paciência e que tem dia que eu fico assim: ‘meu Deus eu tenho que fazer minhas dez visitas Senhor?’ e eu não poder olhar no relógio pra ela não achar que eu to preocupada, e ouve, ouve... Esse escutar eu acho de extrema importância porque o idoso é assim, a maioria dos nossos diabéticos são idosos. O idoso em si já se sente um pesar principalmente pra família, a família já não dá e já não para pra ouvir né, aí você chega, você escuta, pronto aquele momento ele relaxa, aí até a doença vai um pouco embora, entendeu? Não é nem tanto, eu acho que a maior causa não é nem desse problema de saúde, tanto hipertensão como diabete, é o abandono em si que é muito frequente e a gente já é esse ouvido (ACS 03-Roda de Conversa)

O ACS percebe a profundidade da sua atuação, compreendendo que dores maiores do que as patologias físicas são sentidas por esses pacientes e que sua saúde emocional afeta diretamente a sua saúde física. Dessa forma colocam-se a disposição de ouvir suas queixas, adotando uma postura de atenção e acolhimento, com o objetivo de amenizar as angústias e tristezas sentidas:

Porque o nosso trabalho é esse de olhar, a escuta né, e o cuidado também até aonde é a possibilidade da gente. Eles se sentem vivos, eles ‘ah eu sou importante!’, aonde eles criam uma importância em si mesmo, eles se acham importante e é aonde tem esse olhar, essa escuta, entendeu? (ACS 04- Roda de Conversa)

A observação que a ACS 04 faz a respeito da mudança emocional apresentada pelos pacientes, no que tange a autoestima e autovalorização promovida pela escuta e atenção recebida pelo agente de saúde, confirma que a atuação do ACS é indispensável ao acompanhamento de saúde e é um fator motivador para a busca do paciente pelo bem estar (PINTO et al, 2017).

Quando a ACS 04 relata a forma como são recebidos dentro das casas das pessoas, mencionando a alegria que a maioria apresenta em recebê-lo, é possível compreender que o bem-estar, a segurança e a confiança do paciente e da sua família, já foi conquistada. Ela conta: “Você chega assim, aí vai e bate: ‘Dona fulana.’ ‘Oi, quem é? Ah é a ACS! Vou pegar a chave, to indo, não vá embora não’. Precisa você ver, é uma alegria tão grande. ‘Ah é a ACS!’ e bate com as mão e é aquela coisa, ‘vou abrir e vou fazer um suquinho e tudo’ (ACS 04- Roda de Conversa), a alegria demonstrada na recepção do profissional ACS é símbolo do amor que existe no dar e no receber, é a maior das provas de implementação de vínculo e de parceria.

O vínculo entre profissional e paciente apresenta um poder motivador, provocando no paciente uma postura ativa em relação as decisões e ações relativas ao seu tratamento e cuidados com a saúde, ou seja, viabiliza o autocuidado do paciente, na medida que este sente desejo por realizar as ações ancoradas no âmbito emocional e na relação de vínculo construída junto ao profissional ACS e equipe de saúde. O ACS é, dessa forma, um elemento-chave na

promoção do Autocuidado a partir do vínculo que consegue estabelecer utilizando como metodologia de intervenção o Autocuidado Apoiado (LANZONI et al., 2013; PINTO et al., 2017), que objetivamente valoriza as ações do paciente e o coloca como principal ator da sua própria vida, pois as condutas o levam a pensar a respeito da sua condição, a desenvolver suas próprias ideias em relação ao seu tratamento, a se responsabilizar pelas atitudes, trazendo-o para uma condição ativa frente a sua vida, ao invés de receber as informações e a lista de exigências de cuidados passivamente, sem haver um envolvimento nas decisões a respeito da sua rotina.

5.2.3 Categoria 3

5.2.3.1 Práticas e estratégias de autocuidado apoiado

Sendo o DM2 uma cronicidade na qual seu tratamento está relacionado a uma multiplicidade de fatores acerca de cuidados com a alimentação, monitoramento da glicemia, realização de atividades físicas, cuidados com os pés e administração de medicamentos, é considerado fundamental o incentivo a adoção de estratégias de autocuidado para o bom gerenciamento da doença, contribuindo para uma qualidade de vida compatível com o controle do quadro (Mendonça et al, 2017).

Dessa forma promover ações de Autocuidado Apoiado, as mais diversas possíveis, que mobilizem o paciente na dimensão do olhar-se e autocuidar-se é um pilar não só para cumprir os objetivos de educação em saúde da demanda profissional dos Agentes, mas principalmente e prioritariamente, desenvolver o Autocuidado do paciente. Nessa perspectiva podemos observar e discutir diversas ações que os participantes reportaram utilizar em campo.

Uma das ações mais importantes é contribuir para que aconteça o envolvimento da família nas ações de cuidado do portador de DM2, esse envolvimento é estimulado pelo ACS como uma estratégia positiva para promoção de autocuidado:

Eu acho que o papel da família é fundamental porque quando aparece coisa em família é como se você não estivesse só, envolve não só eu que sou doente, quando eu adoeço automaticamente toda a família adoece, toda a família sofre e não é com

a diabetes, os outros podem não ter diabetes e nem nada, mas o meu sofrimento acaba passando pro restante da família. Então, quando a gente chama a família, conscientiza a família do qual é o real problema, o que a pessoa pode passar ou o que pode acontecer a gente vai envolvendo ela e tá ajudando para que elas possam lidar até melhor com isso, porque nem todo mundo sabe lidar com tudo, mas quando você bota a família e a família ama aquela pessoa do jeito que é vai procurar fazer o que é melhor pra ela e ela mesmo sabendo que é amada pode até (ACS 06- Roda de conversa)

Das ações realizadas diretamente pelos ACS, uma das mais citadas foram ações de orientação, das mais diversas ordens:

Orientando eles da melhor forma, assim, o que eles deveriam deixar de comer, fazer caminhada, procurar os médicos especializados, os profissionais não só médicos, nutricionista... Pessoas que têm condição de orientá-los bem direitinho. Mas no que eu posso fazer, eu oriento sempre a eles a questão da alimentação, de uma caminhada, de tomar os remédios direitinho, evitar fumo, essas coisas pra que eles possam ter uma velhice melhor. (ACS 06- Entrevista)

A ação de orientar o paciente foi o método mais citados quando indagados a respeito das ações de apoio ao autocuidado, a orientação está diretamente relacionada com o elemento Aconselhamento, referente ao segundo A da metodologia dos 5As das ações de Autocuidado Apoiado.

De acordo com autores que estudam essa metodologia, o Aconselhamento consiste na ação de fornecer informações e orientações aos pacientes que sejam relevantes acerca dos cuidados diários com a saúde e medidas de prevenção de agravos. Para isso deve utilizar linguagem acessível a todos os níveis sociais aos quais dirige suas intervenções, mantendo uma postura respeitosa e livre de pré-julgamentos ou repreensões (MORAIS, H.C.C. et al.. 2015; OPAS, 2013; MENDES, 2012).

De acordo com essa intervenção, contribuir para que o paciente esteja sempre informado e envolvido nas ações interventivas propostas pela UBS e campanhas promovidas

pelas organizações de saúde, são ações de autocuidado apoiado que proporcionam auxílio importante aos pacientes:

Informar sobre algum projeto, alguma coisa que tenha no posto, que seja válido pra ele, como palestras... a gente tem que tá o tempo todo em acompanhamento com diabético, hipertenso, gestante em risco... e as criancinhas, a gente acompanha os cartãozinho. (ACS 05 - Entrevista)

É importante estruturar ações de educação em saúde voltadas para pacientes diabéticos com o objetivo de gerar um posicionamento de autorresponsabilização, essa estratégia é eficaz para instrumentalizar o paciente e subsidiá-lo quanto a tomada de decisões e atitudes que se relacionam com a qualidade da sua saúde e manutenção da vida (JARVIS et al, 2010), ao passo de que o paciente adquire esse posicionamento, ele passa a cuida-se voluntariamente, o que é um dos fatores decisivos para a manutenção da rotina de cuidados:

Orientação... Eu oriento eles... eu olho o paciente como um todo, dos pés a cabeça e eu dou os conselhos né, dentro do meu trabalho, os conselhos sobre alimentação, sobre como ele manter a sua higiene, os sapatos que ele tem que usar, evitar quedas, essas coisas todas e machucados (ACS 01-Entrevistas)

Os aconselhamentos a respeito dos cuidados diários são abrangentes, sendo realizadas pelo profissional orientações sobre “A questão da higiene, a questão da manipulação de alimento, a questão do cuidado com a medicação, a questão da redução de danos (ACS 09- Entrevista), esses são exemplos de elementos diretamente ligados a promoção e prevenção de saúde que estão sendo motivo de dúvidas e erros dos pacientes na condução desses aspectos, sendo a atuação do ACS elementar para o aprendizado de condutas consideradas simples para os profissionais de saúde, porém que apresentam uma complexidade no dia a dia do paciente dentro do cotidiano do seu domicílio:

É através da orientação dos cuidados que ele deve ter, pra que a doença não venha a ficar num estágio de nível maior, tirando suas dúvidas em relação a receita né, de como ministrar o medicamento, a gente não ministra, mas a gente orienta ele a tirar alguma dúvida (ACS 08- Entrevista)

As orientações dispensadas voltam-se a mudanças de comportamentos e hábitos da vida diária para melhorar os resultados do tratamento:

...A senhora vai precisar tomar uma medicação dessa maneira que o médico orientou, a alimentação da senhora vai ser de três em três horas, a senhora vai ter que tirar o açúcar, se a senhora não consegue tirar totalmente vai moderando até chegar um ponto que você não vai mais botar açúcar na sua alimentação. E isso a gente vai cobrando aos poucos aí vai e passa pra parte física que é uma hidroginástica e qualquer coisa, uma caminhada, tudo isso a gente cobra deles pra ver o resultado deles (ACS 02- Roda de Conversa)

Essas orientações objetivam prevenir complicações do DM2: “Na verdade é o nosso trabalho é na prevenção porque sai mais barato prevenir do que tratar e outra coisa, depois que deixa acontecer fica mais difícil” (ACS 03-Roda de Conversa). O Cuidado com a saúde bucal também faz parte das ações que o ACS desenvolve:

Eu já vi idoso aqui diabético de fazer uma extração e não consegue porque a glicemia está lá em cima, aí a doutora manda voltar para baixar essa glicemia e chegar ao ponto dela poder fazer aquela extração. Aí eu digo está vendo como é importante vocês cuidarem? Até na saúde bucal vocês são prejudicado porque como é que a doutora pode mexer na boca de vocês com a glicemia desse jeito? Até isso é como eu digo, olha o diabético tem que ser tratado da cabeça aos pés, pensam vocês que a diabete é uma doença silenciosa, eu sempre digo isso uma doença silenciosa ela atinge da cabeça aos pés (ACS 01- Roda de Conversa)

As ações dos ACS se concentram em aconselhamento e educação em saúde, motivados pela demanda real da pouca compreensão e dúvidas recorrentes a respeito de cuidados não só com a patologia em foco, mas com situações de higiene que prejudicam de forma persistente a saúde da comunidade. A ACS afirma que realiza o autocuidado apoiado da seguinte forma: “Mediante as minhas orientações e observando o comportamento e o corpo do paciente em geral, começo a sondar como é que ele tá, se ele tá se autocuidando ou não, se tá recebendo as minhas orientações ou não (ACS 01- Entrevistas). Explica que faz uma conferência no paciente, observando aspectos físicos e comportamentais que possam responder se o autocuidado está sendo realizado ou não, identificando a dificuldade de realizar tais ações, concentra as suas orientações em sanar as dúvidas existentes e modificar os comportamentos errados em relação aos seus cuidados de saúde:

Conversando com ele, mostrando a realidade como é pra ser, pra ele se cuidar...A gente tem que conversar e mostrar. Por exemplo: “Você vai comer seu fulano, você come qual?”, “ah o que tiver aí de fruta eu como o dia todo, é banana, misturo tudo”. Aí não pode, aí eu vou explicar, ele pensa que a fruta não tem o açúcar (ACS 02- Entrevista)

A falta de motivação dos pacientes para a realização dos cuidados é percebida de forma corriqueira, demandando do ACS uma atitude de apoio psicológico, estando sensível às necessidades e mantendo uma postura empática em relação as difíceis situações que os pacientes enfrentam acerca de questões financeiras, relacionamentos familiares e instabilidade de trabalho, que muitas vezes sobrepõe a prioridade dos cuidados com a saúde, minando o equilíbrio emocional, componente fundamental para a realização do Autocuidado (PINTO et al, 2017):

Quando a gente passa fazendo a visita, a gente sempre tem que ter aquela conversa né, fazer o acompanhamento, vê se eles tão comendo de três em três horas, se eles tão vindo pra consulta, se eles tão tomando o medicamento corretamente e quando eles não fazem isso, a gente tem que ter essa conversa né, de explicar que ele tem

que querer também né, que tem que começar por ele, porque eles são os principais.
(ACS 10-Entrevista)

O elemento Assistência, se dá pela promoção de práticas saudáveis e ações de prevenção do abandono do tratamento, para isso procura-se solucionar problemas e transpor barreiras que enfraquecem o Autocuidado, utilizando estratégias e recursos de apoio. Como exemplo o ACS 04 citou uma de suas ações lúdicas em prol da organização do tratamento medicamentoso (CAVALCANTI et al. 2012):

Eu faço com eles uma tabelinha, eu pego um pedacinho de pano, boto numa madeirinha e prego dois ímãs atrás, e boto de lado na geladeira, aí pego o metiformina, tiro a foto do metiformina, mando fazer a foto e boto lá na tabelinha a foto do remédio, aí boto a água, boto uma boca aberta, que vai tomar. Eu faço toda uma estratégia que a pessoa lembra, remédio, aí todos ele, os da pressão, da diabetes. Eu pego uma caixa de sapato grande, faço umas partes e boto tudo separadinho na caixa de sapato, aí ela vai lá e vê a foto na tabelinha e vê qual e o remédio na caixinha que é pra tomar (ACS 04- Entrevistas)

Trabalhar com grupos também se apresenta como uma opção ação de Assistência: “Eu tenho um grupo de quinze em quinze dias e assim logo que a gente começou a gente se encontrava toda quinta-feira” (ACS 04- Roda de conversa). Sendo um espaço de acolhimento e troca de experiências rica para os participantes e os profissionais que com criatividade usam esse espaço para promover empoderamento e autocuidado.

A ação de leitura de material educativo também é utilizada: “Eles gostam muito de ler as coisas né ou a gente ler pra eles, às vezes eu chegava lá e tinha uma que dizia ‘lê aqui pra mim o que tem nessa cartilhinha aqui sobre o diabético’, aí eu lia pra eles” (ACS 01- Roda de Conversa).

Outra contribuição é o relato do ACS 08, no qual apresenta atitude que também assemelha-se a ações de Assistência, onde o profissional utiliza-se da criação de materiais que dão suporte a manutenção das condutas adotadas:

A gente ACS, lá no campo, a gente retira essas dúvidas, em relação a como tomar...
“Quantos comprimidos é? É de noite?” Já tive casos que eu desenhei um solzinho né,

“olha esse aqui é de dia que vou botar o sol, e esse aqui é de noite, vou desenhar a lua.” Pessoas que não sabem ler, idosos que moram só... é complicado (ACS 08- Entrevistas)

A criatividade do profissional de saúde contribui positivamente para o desenvolvimento das ações de apoio ao Autocuidado, percebendo esse apoio, é possível colher como resultado pacientes mais motivados a executar os cuidados sugeridos e ensinados.

Outro elemento da metodologia dos 5As que pode ser percebida entre os relatos, são os Acordos, que tem por objetivo firmar um pacto, uma parceria com o paciente, acordando ações que deverão ser implementadas na rotina. A conquista desse acordo é perpassada pelo vínculo que, nessa etapa, já deverá estar firmado entre profissional e paciente, o que agrega um valor muito maior ao cumprimento deste acordo (MORAIS, H.C.C. et al.. 2015; OPAS, 2013; MENDES, 2012):

Nas minhas visitas né, que eu tento conscientizar que só eu num vou poder fazer nada né, que só o remédio não vai poder fazer nada, que tudo é um conjunto. Num adianta eu virar as costas e ela fazer tudo errado, ela precisa se conscientizar do que ela tem fazer pra permanecer com saúde, ou pelo menos não sofrer o dano de problema de saúde dela ... eu acho que a minha visita, a tentativa de conscientização que eu tento fazer com elas, eu acho que isso ajuda bastante. Ensino a tomar o remédio, cobro a dieta, cobro o exercício físico... (ACS 03- Entrevistas)

Na assistência você também leva o interesse pra ele (portador de DM2), pra mostrar pra ele que ele é um ser importante, que ele tem que fazer aquilo, tem que se cuidar, tem que fazer aquela, praticar e fazer aquelas práticas pra poder ter uma promoção melhor de vida e não ter outras complicações e eles entendem assim, muitos deles entendem assim (ACS 04- Roda de Conversa).

Foi descrita ainda, por 2 participantes, que em suas intervenções, com o objetivo de conscientizar para gerar mudança de comportamento em nome da promoção do Autocuidado, assumem uma postura de confronto na intenção de causar um sentimento de medo em relação aos agravos da patologia:

É porque eu brigo, a minha intervenção é fazendo logo medo. Eu digo: “ô vai cortar tua perna, cê vai infartar, ó cê vai pro hospital vai passar três mês internado”. É uma brincadeira desse jeito, que na verdade é o que ocorre né, quando ele erra o medicamento, quando não toma o medicamento, o que vai acontecer? Vai agravar e ele vai pro hospital né. Eu faço medo mesmo. (ACS 09- Entrevistas)

Caprara et al, (2015), afirma que uma leveza na forma de lidar com os pacientes é importante, visto que a sua condição já produz um grande desconforto físico, além de incansavelmente serem apresentadas as inúmeras recomendações de ações de saúde de uma forma pouco motivacional e individualizadas, consequentemente, pouco contempladas.

É pertinente compreender a situação do paciente, usando de empatia para com o seu sofrimento, afinal é orientado ao paciente que se realize diversas atitudes que outrora não tinham nenhum significado para ele. É cruel e doloroso conviver com uma patologia que silenciosamente vai alterando o funcionamento do seu corpo e justamente por ser silenciosa e crônica não sugere uma mudança brusca em seus comportamentos, embora seja necessária. Há de se ter uma postura empática e afetiva, afim de que a intervenção do profissional seja aderida de forma voluntária e prazerosa, para que o autocuidado em relação a saúde se torne duradoura e efetiva, afinal, deve-se considerar que o sofrimento gerado pela própria patologia já é suficiente para maltratar psicologicamente o paciente:

Na verdade eu faço é assombrar ele de medo, tem uns que dá um choque e quando você toma um choque aí você acorda né, nem todos, mas tem uns que acorda e se cuida, faz tudo direitinho (ACS 08- Entrevistas)

Mesmo considerando as atitudes de desenvolver o medo, como uma brincadeira gerada dentro de um contexto de vínculo amigável e descontraído, é importante ressaltar que tal atitude não se define com um elemento motivacional e condizente com as ações de Autocuidado Apoiado.

Utilizar linguagem simples, clara e condizente com o nível social ao qual o paciente está socialmente inserido, é um elemento fundamental para o empoderamento e compreensão da sua condição (CAPRARA et al, 2015). Farias (2017) corrobora com Caprara et al (2015), quando considera que existe uma vasta cultura na linguagem da sociedade e que

esse é um motivo para que os profissionais de saúde preocupem-se em utilizar símbolos de linguagem condizentes com a capacidade de compreensão impostas pela escolaridade, muitas vezes baixa, dos pacientes e utilizem práticas que possam propiciar uma interação realista na comunicação entre profissional e paciente. Contudo, os autores preconizam a manutenção do bem estar físico e emocional elementar para o bom andamento dos cuidados com a saúde do paciente, o que invalida a utilização de qualquer elemento gerador de desconforto psicossocial no paciente.

Numa revisão sistemática a respeito da utilização do autocuidado apoiado em pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral, realizada por Moraes et al, 2015, os autores apresentaram estudos publicados nos anos de 2000 a 2013, nessa revisão os autores analisaram 43 publicações, dos quais 18 artigos contemplavam apenas 1 das estratégias dos 5As, 12 artigos apresentaram a utilização de 2 estratégias, 11 estudos utilizaram 3 estratégias e somente 2 estudos apresentaram o uso de 4 estratégias dos 5As, nenhum dos 43 estudos mostraram utilizar toda a metodologia dos 5As, ficando claro que há uma dificuldade real na realização de uma intervenção motivacional completa e focada em mudanças junto a pacientes com AVC. O que nos diz muito a respeito da realidade do paciente com DM2, pois foram percebidas tanto nas falas dos participantes nas entrevistas e rodas de conversa, quanto na atuação em campo que as estratégias de Autocuidado Apoiado baseados na metodologia dos 5As, mesmo sendo apresentada em diversos estudos como estratégias de apoio eficazes para a realização de mudança e aderência as ações de Autocuidado, não são realizadas em sua totalidade.

O paciente que se sente apoiado, tem mais capacidade para desenvolver mudanças significativas em seu comportamento, sendo capaz de gerenciar a sua saúde a partir da adoção das ações terapêuticas propostas pela equipe de profissionais de saúde que o acompanham (JARVIS et al, 2010). É possível que o principal motivo seja a falta de educação continuada direcionada aos ACS em relação a condutas de autocuidado apoiado, consequentemente, a não apresentação da Estratégia dos 5As, o que seria de grande valia, visto que este é um método a ser utilizado para diversas demandas de saúde e mudanças de condutas, não só o controle do Diabetes, além de ser uma conduta de intervenção condizente com as possibilidades de intervenção dos Agentes comunitários de saúde e seus objetivos de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a dimensão social, os hábitos, a cultura, as questões políticas e a forma viver de cada paciente, evidencia-se que o cuidado dos ACS dispensado aos pacientes diagnosticados com DM2 é desafiador.

É possível concluir que o tratamento do diabetes abrange uma série de aspectos e contextos particulares, tornando o seu tratamento uma condição de complexidade que envolve uma terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa, sendo necessário a adoção de uma postura ativa do paciente no que tange ao seu empoderamento para implementar ações de autocuidado, cabendo aos profissionais e familiares uma atitude de contribuição pautada em pilares norteados por atenção, acolhimento e apoio.

O estabelecimento de Autocuidado Apoiado, configura-se numa parceria que se defini com o propósito de colaboração, numa perspectiva de responsabilidade partilhada, porém distinta, sendo do paciente a postura de autorresponsabilidade dos cuidados de saúde diários a sua principal tarefa e do cuidador, àquele que presta o apoio ao autocuidado, as funções de incentivo, atitudes motivacionais e auxílio com informações atuais.

Dessa forma, melhorar taxas bioquímicas e prevenir complicações são resultados de um trabalho multidisciplinar que inclui não só diversos profissionais e seus saberes clínicos, mas inclui prioritariamente o paciente, para que o tratamento, pautado na individualização do paciente e dos manejos de cuidados eleitos pela equipe de saúde, sejam conduzidos diariamente pelo ator que deve ser o maior interessado, o próprio paciente.

Boas estratégias podem gerar mudanças significativas no comportamento do paciente, pesquisas apontam a eficácia dessas ações. Dentre a metodologia dos 5As a respeito de ações de Autocuidado Apoiado, foi possível identificar, a partir das falas dos participantes indagados durante as entrevistas e rodas de conversa, três dos cinco elementos, sendo eles o Acompanhamento, Assistência e o Acordo.

É importante ressaltar o desconhecimento da metodologia dos 5As por parte dos ACS participantes, porém é notável que de forma empírica, usando da sensibilidade, os profissionais exercem esses cuidados em suas intervenções nas visitas domiciliares, ficando claro que essa metodologia agrega valor real as ações de promoção de saúde, através do Apoio ao Autocuidado.

O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade. Dessa forma, é possível concordar que haverá ganhos substanciais na promoção de capacitações dos ACS para a aplicação de Ações de Autocuidado Apoiado, assim como instrumentaliza-los para o uso da metodologia dos 5As com o objetivo de especializar a realização de condutas de Autocuidado Apoiado, para colaborarem com os pacientes no estabelecimento de ações para a implementação e manutenção do Autocuidado, através de estratégias motivacionais, ações educacionais a respeito das informações dos agravos, instrumentos de autogerenciamento, estratégias grupais, informações de cuidados diários e uso de recursos da comunidade para que as metas de cuidados com a saúde desenhadas sejam obtidas e expressadas a partir do usufruto da elevada qualidade de vida alcançada.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BARBOSA, C. de O.; MATOS, R. R.; SOUSA, R. W. F. de M. Avaliação do autocuidado em portadores de diabetes na maturidade de uma Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI. **ConScientiae Saúde**, Teresina, v. 12, n. 1, p. 128-136, dez. 2013.

BLACK, S.; MAITLAND, C.; HILBERS, J., et al. Diabetes literacy and informal social support: a qualitative study of patients at a diabetes centre. **Journal of Clinical Nursing**, v.26, n.1-2, p. 248-257, 2016.

BECK, J.S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Trad. de Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997. 350p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 266, de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus> . Acesso em: 17 ago. 2017.

BRASIL. Comunicação e Educação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde (Ed.). **PNAB: política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção a Saúde (ed). **Diretrizes para o cuidado com pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritário**. Brasília: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 20 dez.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 483 de 1 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: . Acesso em: 10 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis- o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro, 200. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal /index.php?option=com_content>. Aceso em: 5 jul. 2017.

CAPRARA, Andrea et al. Empoderamento do paciente diabético: autocuidado como modelo centrado na pessoa. In: SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; MOLITERNO, Larissa Alves Alexandre; CUSTÓDIO, Lívia Lopes. **Avaliação, cuidado e promoção de saúde: construção de saberes e práticas**. 1. ed. Fortaleza: Eduece, 2015. cap. 4, p. 87-108. v. 1.

CARRIJO R. C.; RASERA E. F. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicologia & sociedade**, v. 25, n. 3, p. 653-663, 2013.

CARDOSO, Andreia S.; NASCIMENTO, Marilene C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1.509-1.520, jun. 2010.

CAVALCANTI, Ana Maria et al. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 96 p.

CAROLAN, M.; HOLMAN, J.; FERRARI, M. Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing**, v.24, p.1011–1023, 2014.

CRESWELL, J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DE CARLI, Rafaela et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 23, v. 3, p. 626-632, jul./set. 2014.

DIAS, A.F.G.; VIEIRA, M.F.; REZENDE, M.P.; OSHIMA, A.; MULLER, M.E.W.; SANTOS, M.E.X.; SERRACARBASSA, P.D. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol.**, v.73, n. 5, p.414-418, 2010.

FARIAS, N. F.F.; ABREU, D. P. G.; SILVA, B. T.; SEMEDO, D. S. R. C; et al. Letramento funcional em saúde e adesão à medicação em idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, v. 5, 2017.

FERREIRA, Luiza Vieira et al. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, [S.l.], v. 17, n. 32, p.46-54, 2 jun. 2017.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 16-29, Mar. 2017 .

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2619-2629, 2016 .

GUARIGUATA, L., T.et al. **International Diabetes Federation: IDF Diabetes**. 6. ed.[S.l.]: Atlas, 2014.

HAAS, L. et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 37, n. 1, p.1-10, 19 dez. 2013.

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, IBGE, 2014, p. 180. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ MAPA DIVISÃO DE REGIONAIS EM FORTALEZA. **Pesquisas**. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2017.

JARVIS, J.; SKINNER, T.C.; CAREY, M.E.; DAVIES, M.J. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? **Diabet Obes Metab.**, v. 5, n. 2, 2010.

LANZONI, Gabriela M. M. et al. Contexto da rede de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 439-45, jul./set. 2013.

LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 486-500, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p.599-608, dez. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p.3-16, dez. 2015.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica 1**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MATOS, Joyce Oliveira; MENEZES, Catarina Nívea Bezerra. Contribuição da terapia cognitivo-comportamental na compreensão do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP): uma revisão. **Ciência e Pesquisa Unifor**, Fortaleza, v. 5, n. 2, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, Simonize Cunha Barreto de et al . Construction and validation of the Self-care Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 2890, 2017.

MENDONÇA, S.C.B.; ZANETTI, M.L.; SAWADA, N.O.; BARRETO, I.D.C.; ANDRADE, J.S.; MIYAR, L.O. Construction and validation of the Selfcare Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 25, n. 90, 2017.

MICHELS, Murilo José et al . Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010.

MORAIS, et al. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 2, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

MINAYO, MCS (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORAIS, Huana Carolina Cândido et al . Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 136-143, fev. 2015.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. A reivenção da roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, jan./jun. 2014.

MOURA, Raul Franklin Sarabando de; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 993-1010, 2015.

NUNES, Mônica de O.; TRAD, Leny B.; ALMEIDA Bethânia de A.; HOMEM, Carolina R.; MELO, Marise C. I. de C.O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 639-1646, nov./dez, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas**: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: OPAS, 2013.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of practice. 6 ed. St Louis, USA: Mosby Inc.,2001.

PINTO, Antonio Germane Alves et al . Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 789-802, dez. 2017.

PRADO SOLAR, Liana Alicia et al . La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. **Rev. Med. Electron.**, Matanzas , v. 36, n. 6, p. 835-845, dic. 2014

SALCEDO-ALVAREZ, Rey Arturo et al . Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. **Enferm. univ**, México , v. 9, n. 3, p. 25-43, sept. 2012.

SAMPAIO, Juliana et al . Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014 .

SÁNCHEZ, Yudmila María Soler. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Arch Med Camagüey**, v.20, n. 3, 2016.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014.

SCHMIDT, M.I.; HOFFMANN, J.F.; DINIZ, M.F.S. *et al.* High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Diabetol Metab Syndr**, v. 6, n. 123, p. 1-9, nov. 2014.

SILVA, Joana Azevedo da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente Institucional ou agente de comunidade**. 2001. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Gen, 2015. 348 p. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015 2016. pdf](http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015%202016.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

TESTON, Elen Ferraz; SALES, Catarina Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.1-8, 2017.

VALLADARES, L. Os Dez Mandamentos da Observação Participante. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 22, n. 63, p. 153-155, 2007.

VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; CECÍLIO, Sumaya Giarola; TORRES, Heloísa de Carvalho. The perception of users with diabetes regarding a group education strategy for the promotion of self-care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.1-6, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - VISITAS DOMICILIARES

UBS José Paracampus				
Data	Posto de Saúde	Procedimento	Observação	Status
05/04/2017	José Paracampus	Reunião com a Direção	Explicação do projeto - Solicitação de apoio - Definição de condições - Definição de data início - Recebi uma lista de contatos dos ACS indicados pra a pesquisa	Ok
12/04/2017	José Paracampus	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 01 e 02	Ok
03/05/2017	José Paracampus	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 03	Ok
10/05/2017	José Paracampus	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 04 e 05	Ok
27/09/2017	José Paracampus	Entrevista Semi-estruturada com os ACS participantes	Realização das entrevistas	Ok
16/10/2017	José Paracampus	Roda de Conversa	Aprofundamento e discussão a respeito das 3 perguntas da entrevista individual	Ok
UBS Luiz Albuquerque Mendes				
Data	Posto de Saúde	Procedimento	Observação	Status
24/04/2017	Mendes	Reunião com a Direção e Reunião com os ACS que se protificaram a me levar em suas visitas	Explicação do projeto - Solicitação de apoio - Definição de condições - Definição de data início. Expliquei como serão as visitas e peguei uma lista de telefone para que me counique diretamente com	Ok
16/05/2017	Mendes	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 06 e 09	Ok
24/05/2017	Mendes	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 07	Ok
06/06/2017	Mendes	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 08	Ok
14/06/2017	Mendes	Acompanhamento de visita domiciliar com ACS	Sai em visita com ACS 10	ok
26/09/2017	Mendes	Entrevista Semi-estruturada com os ACS participantes	Realização de entrevistas	ok
17/10/2017	Mendes	Roda de Conversa	Aprofundamento e discussão a respeito das 3 perguntas da entrevista individual	Ok

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM FORTALEZA - CE

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Empoderamento e o gerenciamento de autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na atenção primária no município de Fortaleza-Ce.” Que tem como objetivo compreender a gestão do autocuidado junto aos pacientes com condições crônicas, em particular, diabetes mellitus na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE. Serão utilizadas as técnicas de observação participante durante a visita domiciliar aos pacientes com DM e entrevista semi-estruturada.

Assim, pedimos a sua colaboração neste estudo permitindo que a pesquisadora acompanhe as visitas realizada nos domicílios dos pacientes diabéticos, assim como respondendo a entrevistas individuais ou em grupos e perguntas necessárias a compreensão da pesquisadora. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante as visitas domiciliares e entrevistas. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pelos pesquisadores, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Você não receberá remuneração pela participação. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Nós nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos agentes comunitários de saúde quando assim solicitado, sobre quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação, declaro que:

() aceito participar.

() não aceito participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Contato com o coordenador da pesquisa Prof. Dr. Andrea Caprara pelo telefone (085) 3101.9914.

Fortaleza-CE, ____/____/201__.

Participante

Andrea Caprara – Coordenador da Pesquisa

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

(Uso da pesquisadora) Código para análise de dados: _____

UBS: _____ Equipe: _____ SR: _____

Nome do Participante: _____

Idade: _____ Mora em qual bairro? _____ Tempo de serviço na UBS? _____

Tempo de ACS: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Qual a quantidade de pacientes Diabéticos atendidos na sua rede de atenção? _____

O que você entende por “Autocuidado”?

De que forma você ajuda a desenvolver o Autocuidado no paciente?