



Ivan Wilson Hossni Dias

O adoecer em usuários de insulina acompanhados no programa de automonitoramento glicêmico: da prática assistencial à integralidade em saúde

São Paulo
2019

Ivan Wilson Hossni Dias

O adoecer em usuários de insulina acompanhados no programa de automonitoramento glicêmico: da prática assistencial à integralidade em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade profissional, sob orientação da Profa. Dra. Virgínia Junqueira.

São Paulo

2019

D541a

Dias, Ivan Wilson Hossni, 1989 -

O adoecer em usuários de insulina acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico: da prática assistencial à integralidade em saúde. / Ivan Wilson Hossni Dias; Orientadora: Prof.^a Dr.^a Virgínia Junqueira – Santos, 2019.

143 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

1. Determinação de necessidades e cuidados em saúde. 2. Integralidade. 3. Diabetes Mellitus. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Junqueira, Virgínia, Orientadora. II. Título.

CDD 610

Ivan Wilson Hossni Dias

O adoecer em usuários de insulina acompanhados no programa de automonitoramento glicêmico: da prática assistencial à integralidade em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade profissional.

Trabalho aprovado em 15 de fevereiro de 2019:

Banca examinadora:

Profa. Dra. Virgínia Junqueira

Profa. Dra. Rosilda Mendes

Profa. Dra. Viviane Santalucia Maximino

Profa. Dra. Andriana Barin de Azevedo

São Paulo

2019

Aos meus pais, Flávia e José Ivan, sem os quais a realização deste trabalho não seria possível. Aos meus avós, Marlene Dib e Wilson Hossni (*in memoriam*), cujos ensinamentos me conduziram à busca continuada pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora professora Virgínia Junqueira cuja paciência e compreensão durante esta jornada foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

Agradeço aos demais professores e colegas do PROFSAÚDE pelo apoio incondicional recebido durante o curso de pós-graduação.

Agradeço aos profissionais e colegas da Unidade Básica de Saúde Vila Campestre, cujo apoio e participação foram fundamentais para a conclusão deste estudo.

RESUMO

Investigar o processo de trabalho dos profissionais do Programa de Automonitoramento Glicêmico, cotejando-se as necessidades de saúde dos usuários de insulina, pode contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais sob a óptica da integralidade. Objetivos: subsidiar as práticas assistenciais no âmbito do Programa de Automonitoramento Glicêmico de uma Unidade Básica de Saúde com base na caracterização das necessidades de saúde de indivíduos portadores de DM em uso de insulina. Identificar e caracterizar as necessidades em saúde de indivíduos portadores de DM em uso de insulina acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico de uma Unidade Básica de Saúde. Identificar e caracterizar as práticas de saúde no âmbito do Programa de Automonitoramento Glicêmico na perspectiva da integralidade da atenção. Discutir com os profissionais atuantes no PAMG a experiência do adoecer de usuários com DM em uso de insulina. Métodos: estudo de delineamento qualitativo. Realizaram-se duas rodas de conversa com usuários de insulina acompanhados pela equipe Estratégia Saúde da Família e cinco entrevistas semiestruturadas com todos os profissionais da saúde atuantes no PAMG de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. O material audiogravado foi submetido à técnica de análise de conteúdo. Resultados: o adoecimento dos usuários de insulina está diretamente vinculado aos obstáculos que essa prática impõe à normalidade social e produtiva. Destaca-se na experiência do adoecer as dificuldades de reordenação da funcionalidade vital pelos sujeitos adoecidos, expressadas por uma tendência comportamental de resistência às propostas terapêuticas que incidem sobre os modos de vida. Revela-se na dimensão do tratamento a necessidade de percepção do efeito farmacológico sobre o corpo vivido, na busca pela retomada do *self* biológico, bem como o conflito subsequente à necessidade de manejo insulínico inserido dentro de uma estética singular do viver. As atividades em grupo desenvolvidas pelo PAMG da Unidade Básica de Saúde operam como espaço potencial de troca dialógica entre a comunidade e os trabalhadores de saúde, expectativa essa incorporada à distribuição dos insumos e gestão dos registros clínicos. Na

perspectiva dos profissionais de saúde, o processo de trabalho apresenta entraves operacionais, relacionados principalmente à divergência e articulação das informações entre os trabalhadores do equipamento de saúde. A dificuldade na promoção da autonomia dos sujeitos adoecidos mostrou-se associada ao fatalismo simbólico decorrente da incapacidade dos usuários de insulina em reproduzir saberes técnico-instrumentais. Conclusão: A prática assistencial no contexto da Unidade Básica de Saúde encontra dificuldades em responder às necessidades de saúde dos usuários de insulina. A constituição de espaços dialógicos com a comunidade no contexto do PAMG e a incorporação de diferentes saberes no cotidiano assistencial podem determinar abordagens singulares no planejamento do cuidado das pessoas em uso de insulina.

Palavras-chave: Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Integralidade; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Investigating the work process of the professionals of the Glycemic Self-Monitoring Program, comparing the health needs of insulin users, can contribute to the improvement of care practices from the perspective of integrality. Objectives: subsidize healthcare practices within the scope of the Glycemic Self Monitoring Program of a Basic Health Unit based on the characterization of the health needs of individuals with DM in insulin use. Identify and characterize the health needs of individuals with DM who use insulin accompanied by the Glycemic Self Monitoring Program of a Basic Health Unit. Identify and characterize health practices within the scope of the Glycemic Self Monitoring Program in the perspective of integrality of care. Discuss with the professionals working in the GSMP the experience of the sickness of users with DM in use of insulin. Methods: qualitative design study. Two conversation wheels were carried out with insulin users followed up by the Family Health Strategy team and five semi-structured interviews with all health professionals working in the GSMP of a Basic Health Unit in the city of São Paulo. The recorded material was submitted to the technique of content analysis. Results: The process of sickness of insulin users is directly related to the obstacles that this practice imposes to social and productive normality. It is remarkable in the experience of getting sick the difficulties of reordering the vital functionality by the sick people, expressed by a behavioral tendency of resistance to the therapeutic proposals that affect the ways of life. The need for perception of the pharmacological effect on the lived body is revealed in the dimension of the insulin treatment, in the search for the recovery of the biological self, as well as the conflict subsequent to the need for insulin management inserted within a singular aesthetic of living. The group activities developed by the GSMP of the Basic Health Unit operate as a potential space for dialogical exchange between the community and health workers, an expectation that is incorporated into the distribution of inputs and management of clinical records. From the perspective of health professionals, the work process presents operational obstacles, related mainly to the divergence and articulation of information among health equipment workers. The difficulty in promoting the autonomy of the sick people has been associated with the symbolic fatalism resulting from the

inability of the insulin users to reproduce technical-instrumental knowledge. Conclusion: The practice of care in the context of the Basic Health Unit finds difficulties in responding to the health needs of insulin users. The constitution of dialogical spaces with the community in the context of the GSMP and the incorporation of different knowledge in the day-to-day care showed to be relevant for the characterization of their lifestyles and thus can determine singular approaches in the planning of the care of the people in use of insulin.

Keywords: Needs Assessment; Integrality in Health; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Unified Health System

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de Mortalidade por grande grupo de causas por 100.000 hab., Coordenadoria Regional Sudeste de Saúde, Município de São Paulo, 2014.....	49
Tabela 2 - Usuários portadores das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Vila Campestre, São Paulo – 2018.....	50
Tabela 3 - Equipamentos de Saúde da Rede de Atenção Básica, Supervisão Técnica de Saúde Sudeste, São Paulo, 2018.....	50
Tabela 4 - Composição da primeira roda de conversa.....	53
Tabela 5 - Controle metabólico do Diabetes Mellitus e comorbidades nos participantes da primeira roda de conversa.....	53
Tabela 6 - Composição da segunda roda de conversa.....	54
Tabela 7 - Controle metabólico do Diabetes Mellitus e comorbidades nos participantes da segunda roda de conversa.....	54
Tabela 8 - Profissionais que compõem o quadro de funcionários do Programa de Automonitoramento Glicêmico da Unidade Básica de Saúde Vila Campestre, São Paulo, 2018.....	56
Tabela 9 - Técnicas de produção de dados e seus respectivos tempos de gravação, 2018.....	56
Tabela 10 - Modelo de saturação teórica para o enunciado processo de trabalho da equipe estratégia saúde da família.....	95
Tabela 11 - Modelo de saturação teórica para o enunciado automonitoramento glicêmico.....	102

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Níveis de organização e o processo saúde-doença.....	19
Figura 2 - Modelo etnoepidemiológico do processo saúde-doença nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.....	22
Figura 3 - Processo operacional do Programa de Automonitoramento Glicêmico da Unidade Básica de Saúde, Vila campestre, São Paulo, 2018.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de seleção dos participantes das rodas de conversa.....	52
Quadro 2 - Categorias do primeiro bloco temático reveladas após análise de conteúdo nas duas rodas de conversa, 2018.....	62
Quadro 3 - Categorias do segundo bloco temático reveladas após análise de conteúdo nas duas rodas de conversa, 2018.....	70
Quadro 4 - Categorias do terceiro bloco temático reveladas após análise de conteúdo nas duas rodas de conversa, 2018.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PAMG	Programa de Automonitoramento Glicêmico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	14
2.	JUSTIFICATIVA	44
3.	OBJETIVOS	45
4.	PERCURSO METODOLÓGICO	46
4.1	DA IMPLICAÇÃO DO AUTOR-PESQUISADOR NO CENÁRIO EMPÍRICO.....	46
4.2	CENÁRIO EMPÍRICO DA PESQUISA.....	48
4.3	DO PROCESSO DE ESCOLHA DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	51
4.4	DA TÉCNICA DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	57
4.5	DA TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	58
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	60
5.	RESULTADOS	61
5.1	DA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE INSULINA.....	61
5.1.1	O DIABETES MELLITUS E A EXPERIÊNCIA DO ADOECER.....	62
5.1.2	O ADOECER E O PROTOCOLO DE TRATAMENTO.....	70
5.1.3	O ADOECER E OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	80
5.2	DA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	95
5.2.1	O PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO	96
5.2.2	O ADOECER E O AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO	102
6.	CONCLUSÃO	115
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	128
	APÊNDICE B – Roteiro Para Roda De Conversa Com Usuários De Insulina	130
	APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista com os Profissionais do Programa de Automonitoramento Glicêmico	131
	APÊNDICE D – Matrizes de Análise de Conteúdo	132
	APÊNDICE E – Guia para Condução das Rodas de Conversa e Encontros Comunitários com Portadores de Diabetes Mellitus Em Uso De Insulina	143

APRESENTAÇÃO

Formado em Medicina no Centro Universitário São Camilo em 2013 com o propósito de cuidar das pessoas em todo seu ciclo vital, ingressei no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Hospital Israelita Albert Einstein em 2015. Terminado este ciclo formativo, tenho participado do desenvolvimento de atividades de preceptoria em Saúde Coletiva junto à disciplina de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina na Unidade Básica de Saúde Vila Campestre no município de São Paulo. O contato com o adoecimento ocasionado pelo Diabetes Mellitus deu-se precocemente em minha vida familiar, cuja proximidade permitiu-me identificar experiências significativas que perpassam o Ser acometido pela doença. A atuação como Médico de Família há cerca de cinco anos somada à tais impressões e experiências pessoais determinaram a motivação do porquê investigar as necessidades de saúde das pessoas com diabetes e os desafios que estão implicados no processo de cuidado. Não menos importante, o momento histórico atual, trinta anos após a promulgação da Carta de 1988, vivenciado por todos nós trabalhadores do Sistema Único de Saúde é peculiar e nos deixa atentos às repercussões na assistência à população brasileira. Neste cenário particular, onde existe um significativo imbricamento da lógica capitalista neoliberal frente às necessidades coletivas, exige-se um olhar minucioso às necessidades reais de saúde da comunidade e como estas estão sendo respondidas de forma efetiva e integral com os processos de trabalho desenvolvidos pela Atenção Básica à Saúde.

1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Da Experiência do adoecimento às necessidades de saúde

Experiência pode ser entendida como uma “forma de conhecimento abrangente, não organizado, ou de sabedoria, adquirida de maneira espontânea durante a vida” (HOUAISS, 2009). Desta concepção, revela-se uma forma peculiar, não sistemática, de aprendizado sustentado nas relações do eu com o exterior. Bondia (2002) a considera como fenômeno complexo capaz de determinar uma suspensão temporária da realidade e assim imprimir continuamente formas singulares de saberes nos modos de viver. Os sujeitos da experiência devem, portanto, estar susceptíveis aos estímulos provenientes do mundo externo, *i.e.*, sensibilizados por aquilo que os perpassam, sendo assim transformados continuamente no decurso do tempo. Esta perturbação temporária delimita o campo da *normalidade* do levar a vida, específica de cada indivíduo.

Canguilhem (2009) evidencia a complexidade deste termo ao ressaltar a base semântica em que está fundamentada, haja vista ser considerado *normal* tudo aquilo que resulta de uma característica comum, generalizável. Consequentemente, explica-se o pensamento histórico da normalidade biológica estar embasado no funcionamento natural da homeostase orgânica, como observamos na célebre afirmação de René Leriche, em que a saúde é a “vida no silêncio dos órgãos”. Destarte, observa-se que a normalidade adquire um valor material, guia histórico do processo terapêutico. Entretanto, por se tratar de atividade dinâmica e reativa às modificações do viver a vida, adquire um caráter normativo por meio do qual constitui necessidades determinantes de sua própria existência.

A prática médica contemporânea, enraizada em sua epistemologia positivista, tem arregimentado uma espécie de imagem-objetivo de saúde, a partir da qual imputa-se ao indivíduo o que deve ser *normal*. É necessário que o processo terapêutico considere como referência o estado normal na percepção do todo existencial do indivíduo, dado que suas experiências irão determinar as necessidades de saúde, e não apenas a tentativa de respondê-las de forma desacoplada do Ser vivente (SANTOS, 2010).

A forma de saber decorrente da constituição de uma experiência apresenta duas dimensões principais, uma ética, expressa enquanto uma sistemática de condutas e uma estética associada ao estilo de vida pessoal (BONDIA, 2002). Atenta-se à polissemia do que se entende por *modo de vida*, haja vista a diversidade de seus determinantes, componentes de um processo dialógico e articulado do indivíduo com a comunidade na qual encontra-se inserido. Consideraremos, pois, como modo de vida a expressão dos valores, conhecimentos e de uma sistemática comportamental do indivíduo, sob a perspectiva dialógica deste enquanto sujeito pré-condicionado pela sociedade, mas que também apresenta potencial transformador sobre a mesma (BRAGA, FUIZA, REMOALDO, 2017).

Sob a óptica do processo saúde-doença, temos que os *modos de vida* condicionam comportamentos considerados favoráveis ao adoecimento, numa perspectiva de vulnerabilidade social. Tem-se, pois, que o enfrentamento das tensões condicionadas e determinadas por seu modo de vida assume uma posição de norte existencial, possibilitando assim a significação do que o indivíduo considera como obstáculos ao viver e, portanto, doença (SANTOS, 2010).

A saúde, conceito complexo e polissêmico, pode ser considerada nesse contexto como potência de enfrentamento dos obstáculos aos modos de viver, não se resumindo, assim à sua normalidade biológica. A concepção quantitativa positivista é insuficiente para a compreensão do adoecer humano, sendo aqui adotada como necessária a ampliação dos horizontes genealógicos do processo de adoecimento, bem como da problematização do que se entende por saúde e como compreendemos a interação desses dois fenômenos imanentes ao viver a vida (AYRES, 2016).

A dificuldade em delimitar o conceito de saúde remonta à própria racionalidade epidemiológica, cuja valorização histórica voltou-se ao paradigma causalista evoluindo para a medicina de controle de risco de adoecimento representadas por modelos matemáticos probabilísticos (AYRES, 2011). Evidencia-se a complexidade de delimitarmos o conceito de saúde, haja vista ser esta um fenômeno eminentemente dinâmico, socialmente construído e submetido às singularidades existenciais de cada indivíduo. Deste fato decorre que a taxonomia médica, historicamente voltada aos

pressupostos nosológicos e da identificação de padrões similares de adoecimento, encontra dificuldades em identificar padrões de saúde, pois sabidamente os modos de andar a vida são singulares de cada indivíduo e coletividade (ALMEIDA-FILHO, 2000).

A situação existencial humana de contínuo devir e (re)acomodação frente às variações do meio consoantes à condição de exposição do Ser é responsável pela experiência do novo, do desconhecido. As significações que emergem destas experiências são relacionadas ao que Ayres (2007) considera como *projeto de felicidade*. Por *projeto* entende-se a partir da noção ontológico-existencial do Ser estar lançado ao mundo e por *felicidade* as finalidades últimas das atividades humanas; ambas condicionadas pela dialógica social. Percebe-se, pois, sua utilidade como parâmetro da constituição de uma normatividade vital subjetiva e compartilhada, por meio da qual as necessidades de saúde tornam-se concretas frente aos profissionais de saúde. Daí a importância da consideração da teia de significados constituída por uma comunidade, suas representações sociais e como este movimento dialético entre o Ser e o meio determina a experiência singular do adoecer.

A dualidade saúde-doença sustentada historicamente no paradigma biomédico mostrou-se insuficiente para explicar e atuar sobre as determinações sociais e singulares características da condição de portador de uma dada doença. Nesta mesma perspectiva, a consolidação moderna de práticas médicas de controle de risco tem sustentado o fenômeno de medicalização social e da estética do andar a vida, ampliando estigmas e repercutindo na significação do adoecer (PIERRET, 2008). Este processo de incorporação social à prática médica também ocorre num cenário econômico contemporâneo onde a manutenção da produtividade e das relações de trabalho determinam a supervalorização de racionalidades técnicas e instrumentais no restabelecimento da normatividade biológica/funcional necessárias à manutenção de uma produtividade econômica, em detrimento da compreensão de singularidades existenciais que compõem a saúde individual (DONNANGELO, 1979). A supervalorização deste modelo condiciona ainda uma incongruência do que o indivíduo considera necessário para viver a vida e o que se propõe como terapêutica de resgate à sua normalidade funcional. Esta polaridade sustentada pela normatividade biológica deve

ser complementada pela noção de que o Ser constitui continuamente experiências e ressignificações do que é necessário para conduzir-se em sua funcionalidade vital, i.e., garantir o restabelecimento dos seus modos de andar a vida.

A idealização de saúde como antítese do adoecer propiciou na última metade do século XX a colonização de racionalidades instrumentais na compreensão do processo saúde-doença, colocando-se a aplicação de instrumentais técnico-científicos como fundamentos únicos à explicação, identificação e restabelecimento da normalidade funcional (AYRES, 2007). Haja vista que as necessidades de saúde para a normalidade funcional não são reduzidas às normas biológicas da homeostase fisiológica, conclui-se que a experiência do adoecer não se compatibiliza única e exclusivamente com os pressupostos patológicos que arregimentam a taxonomia biomédica.

O esforço hermenêutico em definir a saúde de uma população se estende, pois, ao que entendemos como adoecimento ou experiência de adoecer (*illness*). A compreensão do estar doente vem da operação de saberes práticos dos sujeitos da experiência. A perspectiva hierarquizada da colonização de saberes científicos sobre os saberes adquiridos na *práxis* do viver a vida não possibilita a compreensão plena das necessidades de saúde das pessoas adoecidas. O movimento das últimas três décadas de humanização das práticas médicas deixa evidente a necessidade de incorporar os saberes práticos, informais, na pactuação de propostas terapêuticas e no restabelecimento da normatividade funcional. Considera-se, pois, como necessária a fusão de horizontes (AYRES, 2007) de saberes técnicos e práticos, entre usuários e profissionais como condição imprescindível à identificação das reais necessidades de saúde que são postas frente aos serviços de saúde.

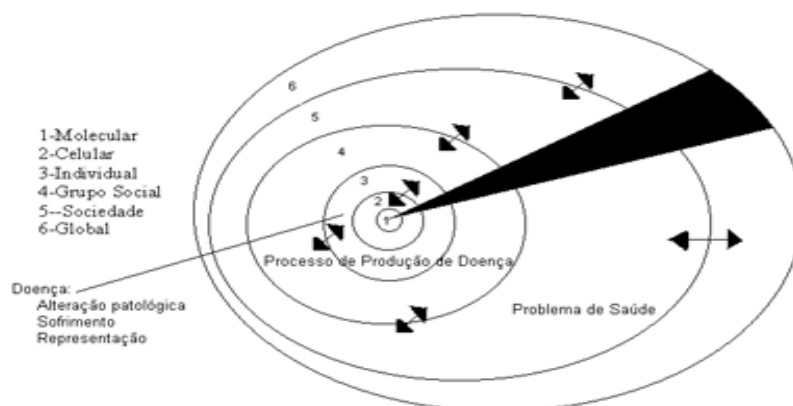
A experiência revelada pelo processo de adoecimento apresenta características singulares importantes na compreensão dos modos de andar a vida e dos saberes mobilizados ao restabelecimento da normalidade funcional. Bury (1982) no estudo do adoecimento de portadores de artrite reumatóide identificou fenômeno complexo, a que chamou de *ruptura da autobiografia*, i.e., o movimento de ressignificação cotidiana necessário para restabelecer a funcionalidade e, portanto, com repercussão direta sobre o cuidado de si e pela rede de apoio social estabelecida. Ainda em seu trabalho podemos

observar três etapas integradas que compõem tal fenômeno. A primeira delas, voltada para a normalidade biológica, envolve a conscientização de si sobre a nova situação de saúde a que o indivíduo se encontra submetido; uma segunda etapa envolvendo a racionalização e consolidação da experiência do adoecer e por fim a mobilização de recursos, geralmente na forma de um itinerário terapêutico expresso por suas necessidades de saúde para o enfrentamento da nova condição.

A repercussão do adoecimento nos modos de andar a vida pode determinar um rompimento de limites do corpo com o meio resultante da exposição de necessidades da homeostase biológica antes ocultadas em seu funcionamento natural, ocasionando frequentemente uma perda progressiva do *self* e, portanto, modificação da dimensão estética anterior à experiência do adoecer (PIERRET, 2003).

Muito embora observa-se a singularidade do adoecimento, este também apresenta uma dimensão social no processo de constituição de uma experiência. Os modelos explicativos do processo saúde-doença e principalmente a incorporação da dinâmica social no planejamento de sistemas de saúde são exemplos concretos do caráter complexo, coletivo e individual que permeiam a normatividade vital (SABROZA, 2006) (Figura 1).

Figura 2 - Níveis de organização e o processo saúde-doença



Fonte: Sabroza (2006)

O modelo pelo qual a sociedade se organiza também condiciona a distribuição de diferentes determinantes de saúde, como sedes educativas comunitárias, espaços

religiosos, comércio, transporte e segurança pública. Tal processo, histórico e dinâmico, é gerador de diferenças entre classes sociais sendo que o fenômeno residual determina a constituição de espaços de vulnerabilidade que se traduz pelo comportamento de risco. À luz de compreender como a desigualdade social se associa ao processo saúde-doença, Barata (2009) considera quatro teorias explicativas:

a)Estruturalista ou Materialista: considera o gradiente de acumulação de riquezas e recursos materiais como condicionante do adoecimento coletivo;

b)Psicossocial: neste modelo o gradiente não se resume a bens ou serviços, suficientes para a resposta às necessidades de saúde básicas da população, mas evidencia as iniquidades inerentes a cada organização social como contribuintes ao processo de adoecimento;

c)Determinação Social: possibilita entendermos o processo de adoecimento relacionado à economia capitalista, criadora de diferenças na acumulação de bens, serviços e nas posições sociais. Considera a vulnerabilidade a partir da perspectiva de exclusão social e tem no modo de vida a materialização da dialética indivíduo-sociedade;

d)Eco-social: esta teoria contempla as últimas três proposições e considera inseparável a tríade psíquica, biológica e social, cujas interações são integradas em diferentes níveis de organização do ser humano

Observa-se assim um processo gradual de magnificação do entendimento do adoecer, antes restrito à taxonomia anatomopatológica e que acaba por incorporar a dialógica homem-sociedade-ambiente na modelagem do processo saúde-doença das comunidades. Nesta perspectiva, Wilkinson e Marmot (2003), elencaram macrodeterminantes que se articulam às teorias acima citadas e, portanto, mostram-se úteis na compreensão do adoecer nas comunidades assistidas. São eles e seus exemplos:

1)Gradiente Social: a expectativa de vida e o perfil de morbimortalidade se altera conforme a posição social ocupada pelo indivíduo;

2)Estressores: poder gerador de ansiedade e insegurança, contribui para morte prematura;

3)Infância: situações como carência nutricional e estresse maternos, cuidado pré-natal inadequado e estressores maternos afetam diretamente o desenvolvimento infantil;

4)Rede de Apoio Social e Exclusão Social: desempregados e grupos étnico-minoritários vivem sob estresse constante, não possuem acesso aos sistemas educacionais e apresentam condições hostis de moradia;

5)Trabalho e Desemprego: altas taxas de desempregos aumentam a morbidade populacional, enquanto que as condições de trabalho são condicionantes da percepção de saúde. A autonomia funcional do trabalhador está associada a melhores condições do exercício profissional;

6)Suporte Social: redes de apoio familiares e laços sociais e comunitários atuam como amortecedores do processo de enfrentamento das adversidades da vida;

7)Comportamentos ou Escolhas pessoais: hábitos de saúde podem ser influenciados por condições ambientais.

8)Transporte: boas condições de transporte públicos promovem melhoria do perfil de morbimortalidade por meio do estímulo à prática de exercícios físicos como caminhada e ciclismo, além da redução de acidentes fatais. Aumenta-se também o contato entre pessoas, fortalecendo laços e a rede de apoio social.

Observamos a interdependência dos determinantes de saúde constituindo um complexo sistema social, em que condições subjacentes desfavoráveis às boas condições de vida se articulam e contribuem para o adoecimento populacional. Os macrodeterminantes evidenciados no trabalho de Wilkinson e Marmot (2003) são sensíveis às Políticas Públicas de Saúde e estão integrados à dinâmica dos modos de vida da população.

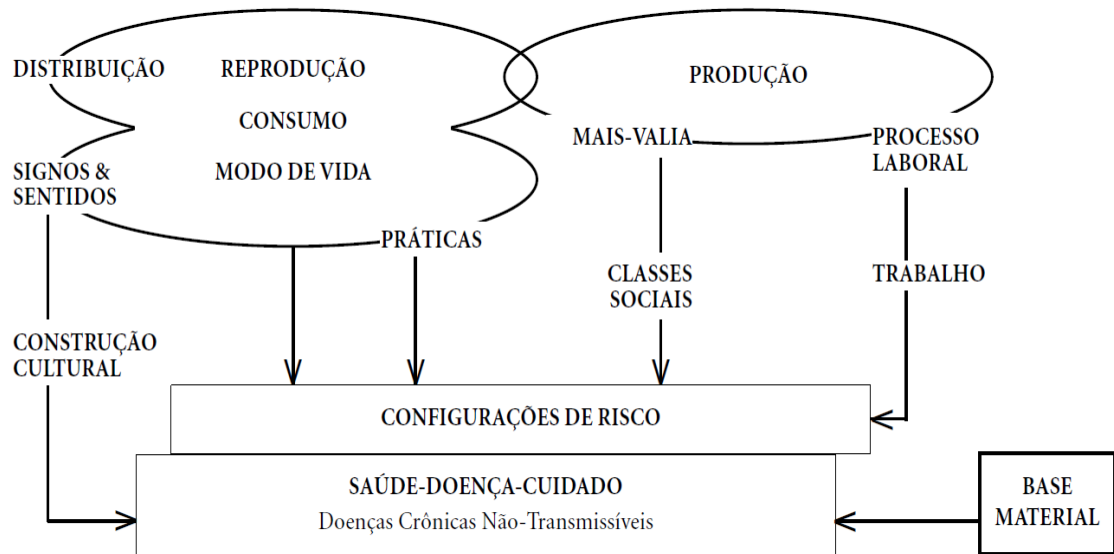
Assim, a construção da imagem do Ser saudável e do Ser doente apresenta dimensões representativas diante dos saberes historicamente estabelecidos pela sociedade, encontrando-se coletivamente articulados, constituindo uma rede de significados como “pré-condições correspondentes à individualidade” (MARX, 1977, apud ALMEIDA-FILHO, 2004)

Entende-se, por representação social um “sistema cognitivo dotado de linguagem particular sustentado por diferentes saberes teórico-práticos, cambiáveis, com objetivo de compreender a realidade e a sua ordenação” (GÉRARD, 1969). Este esquema relacional condiciona os modos de vida e encontra nas suas necessidades, elementos compartilhados de identificação da experiência do adoecer. Ao mesmo tempo é dinâmico na medida em que os discursos sociais são historicamente circunstanciais e sustentado por saberes de diferentes origens. O fenômeno de conversação com o exterior associado à (res)significação de experiências singulares do viver a vida determina as concepções adotadas do estado de normalidade funcional e, portanto, do sentir-se sadio.

Desta maneira, consolida-se o sujeito da experiência como individual e coletivo, cujo discurso utilizado para representar suas necessidades de saúde e restabelecer a funcionalidade de seus modos de vida são cambiáveis e dinâmicos com a comunidade a qual encontra-se inserido. Assim, faz-se necessário a utilização de diferentes saberes advindos desta *práxis* vital e das razões tecnológicas (cientificamente estruturadas) e artísticas (subjetivo e original) para a compreensão plena das necessidades de saúde (CAMPOS, 2011), evitando-se assim incorrer na supervalorização de uma determinada dimensão e, portanto, ineficiência das ações em saúde.

Em se tratando das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Almeida-Filho (2004) propõe em trabalho de significativa densidade conceitual o modelo etnoepidemiológico como norte de compreensão do adoecer por enfermidades crônicas (Figura 2.) Neste estudo teórico, propõe-se um esforço hermenêutico do processo de adoecimento embasado no materialismo dialético e nas representações de classe das necessidades de saúde.

Figura 2 – Modelo etnoepidemiológico do processo saúde-doença nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis



Fonte: Almeida-Filho (2004)

Observa-se neste modelo uma aproximação da teoria estruturalista (Barata, 2009), ao expressar a repercussão dos modos de produção e como estes condicionam a divisão social do trabalho e a organização em classes de uma determinada sociedade. Assim, o processo de trabalho e suas características fundamentadas na percepção marxista de valoração e produção de mais-valia sobre o objeto transformado, tem como pressuposto uma noção material técnica, inerente ao objeto em si, e outra simbólica, socialmente construída. No contexto da saúde, tomada aqui como objeto de trabalho complexo e dinâmico, verifica-se uma supervalorização das características biológicas, prescindindo a compreensão do simbolismo sócio-histórico. Integrado a tal fenômeno, o adoecer adquire peculiaridades e representações materiais (corporais) que estão inseridas e influenciadas pelo contexto cultural inerente à rede de apoio social. O modo com que o indivíduo responde aos condicionantes e adversidades do meio pode determinar o que denominamos de comportamento de risco. Este *behavior coping* se apresenta como instrumento dialético entre as perturbações da normatividade funcional e suas representações diante das necessidades de sua classe social (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Assim, consolida-se neste modelo a complexidade do trabalho em saúde e como uma sociedade cria mecanismos de adoecimento e produção de saúde, sendo imprescindível a necessidade de integrar diferentes saberes teórico-práticos na fundamentação de uma racionalidade epidemiológica capaz de explicar o fenômeno de saúde-doença de uma população em determinado momento histórico.

A intencionalidade para a escolha do itinerário terapêutico no restabelecimento da normatividade vital tem como pressuposto o reconhecimento da falta ou carência do bem que se busca para a superação do obstáculo ao viver a vida. Este objeto tem origens diversas, podendo responder como questões informativas às próprias alterações do funcionamento biológico do corpo humano. A forma com que a motivação é utilizada para alcançar tal objetivo está na dependência de dimensões complexas, como experiências anteriores de adoecimento e como a disposição da rede de serviços em saúde encontra-se preparada em reconhecer tais demandas como necessidades (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 2000). Deste modo, necessidade em saúde pode ser entendida como resultado de um processo relacional entre usuário e profissional de saúde, por meio da qual torna-se identificada a carência de uma determinada forma de saber, seja ele técnico, prático ou artístico.

Atenta-se para que a organização do sistema de serviços em saúde é determinante na identificação das necessidades em saúde. Sabendo-se da complexidade na constituição de uma experiência de adoecimento e seu caráter dialógico com o meio e, portanto, com os equipamentos comunitários de saúde, evidencia-se que tais serviços assistenciais devem estar flexíveis à mobilização e conhecimento de saberes de diferentes origens para o acesso às reais necessidades de saúde dos usuários do sistema. Desta maneira, busca-se o que Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) chamam de *“criação de espaços de emergência de necessidades”*, cuja lógica operacional reside na valorização de saberes outros da sistematização técnica, como aqueles advindos da *práxis* dos modos de andar a vida.

Neste cenário particular, onde os serviços de Atenção Primária constituem-se a porta de entrada preferencial ao Sistema de Saúde, tem-se nas Unidades Básicas de Saúde equipamentos privilegiados no conhecimento das representações sociais do

processo de adoecimento bem como das experiências singulares que o caracterizam por meio do trabalho em equipe (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000). Assim, busca-se nesse nível de atenção à saúde o conhecimento holístico da experiência do adoecer, não reduzida à sua normatividade biológica. O cuidado integral, capaz de unificar diferentes saberes e propiciar o conhecimento de diferentes necessidades de saúde e por fim instituir o saber artístico, i.e., original e subjetivo, como inovação continuada do processo de trabalho em saúde, emerge da articulação da racionalidade técnica-instrumental com as significações do viver a vida.

Se por um lado a compreensão dos modos de vida do ser adoecido é fundamental para o cuidado integral, tem-se evidenciado historicamente uma assimetria na relação entre este e o profissional de saúde consequente à supervalorização da materialidade orgânica, prescindindo a dimensão sociocultural que compõe o sujeito da experiência do adoecer (CAPRARA, RODRIGUES; 2004). Este fenômeno, além de comprometer o estabelecimento de um plano terapêutico compartilhado, também pode infligir sofrimento inconsciente sobre os usuários (*iatrogenic suffering*), comprometendo o vínculo profissional e a resposta às demandas de saúde (KUHL, 2002; apud SILVERMAN, 2013).

A discordância na interpretação das necessidades de saúde entre profissionais da saúde e usuários tem levado ao questionamento das habilidades de comunicação e a implementação de estratégias que retomem a percepção de saúde em seu *setting* natural e singular de existência. Assim, Stewart *et al* (2014), em seu trabalho sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa, buscaram operacionalizar competências em comunicação e articular as diferentes racionalidades inerentes ao encontro entre profissional e paciente. Seus atributos fundamentais partem da exploração do processo singular de adoecimento (sentimentos, ideias e expectativas que os usuários apresentam frente ao profissional), o entendimento do todo existencial, i.e., as condições socioculturais e a diversidade de saberes mobilizados pelos usuários de saúde para a manutenção do seu autocuidado; a construção de um plano terapêutico conjunto, a partir de uma troca de saberes aplicados aos modos de vida singulares de cada indivíduo e por último um esforço continuado no estabelecimento de um vínculo profissional efetivo capaz de identificar e atuar sobre as necessidades de saúde. O autor ainda demonstrou por meio

de revisão de literatura que o treinamento profissional em tais competências conduziu a experiências positivas de cuidado referidas pelos pacientes, com maior aderência aos planos terapêuticos e atenuação do sofrimento. Verifica-se assim a singularidade no trabalho assistencial, sendo imprescindível a compreensão das representações que o adoecer adquire perante as pessoas acometidas para a viabilidade do cuidado integral e mobilização adequada de recursos terapêuticos de maneira equânime e universal.

Em estudo conduzido por Cecilio *et al* na Universidade Federal de São Paulo, verificou-se aspecto fundamental nos mecanismos de regulação assistencial e sua associação com a produção de mapas de cuidado de usuários da Atenção Básica em São Paulo Parte-se do pressuposto que a disponibilização equitativa de recursos assistenciais deva estar congruente à identificação das necessidades dos usuários do sistema de saúde. Se se demonstrou anteriormente que a experiência do adoecer traz o enfrentamento de uma condição nova aos modos de vida e portanto, uma ruptura biográfica, verifica-se a necessidade de assentamento de equipamentos de saúde capazes de fortalecer o vínculo usuário-profissional, na medida em que as pessoas adoecidas sintam-se amparadas por tais serviços de saúde. Assim, os mapas de cuidado revelam a importância da constituição de um porto-seguro ao usuário do sistema. Dessa forma, necessidades de saúde historicamente respondidas condicionam o vínculo e a longitudinalidade do cuidado nos diferentes equipamentos de saúde (CECILIO *et al*, 2014)

Se a experiência do adoecer é condicionante das necessidades em saúde, é fundamental caracterizá-las no cenário assistencial que compõem a Atenção Básica em Saúde. Cecílio e Matsumoto (2006) ao operacionalizar o conceito em quatro esferas fundamentais reiteram a percepção histórica, dinâmica e relacional que sustenta a constituição de uma necessidade de saúde. Consideremos, pois, as seguintes dimensões:

a) **Necessidades de boas condições de vida:** dialogando com o modelo explicativo do processo saúde-doença embasado na teoria da determinação social, considera, portanto, a existência de dificuldades na reprodução da vida social ou obstáculos ao viver a vida como fatores condicionantes do adoecimento;

b) Acesso às tecnologias de atenção à saúde: ao considerar a distribuição dos equipamentos de saúde no território brasileiro e as iniquidades historicamente construídas que ocasionaram significativa pulverização assistencial, determinou-se estratificação por níveis de atenção por meio da oferta racionalizada de serviços em saúde. A constituição de uma rede poliárquica, em que existe a possibilidade somatória de saberes na consolidação de um cuidado integral tem como premissa a resposta às necessidades de saúde com a mobilização racional de recursos tecnológicos (BRASIL, 2017).

c) Necessidade de Vínculo com o profissional/equipe de saúde: o reconhecimento de uma demanda ao serviço de saúde como necessidade advém do fenômeno em que tal carência se torna concreta e inteligível com o profissional de saúde. Esta dimensão relacional determina um envolvimento do usuário com o nível de atenção procurado e condiciona sua experiência de cuidado recebido (ILHA, 2014). Tão importante quanto o encontro entre usuário-profissional, torna-se imprescindível a compreensão da realidade do sujeito da experiência, i.e., a mobilização e troca de saberes que transcendem a dimensão da normatividade biológica, aproximando-se da fusão de horizontes necessária para a construção de um plano terapêutico compartilhado.

d) Necessidade de Autonomia e Autocuidado: a imanência social do Ser determina o encontro de subjetividades que condicionam continuamente as significações das experiências e, portanto, sua dimensão coletiva e compartilhada. Neste aspecto, o encontro entre profissional-usuário tem como consequência de seu sucesso prático o vínculo estabelecido com os profissionais, num esforço continuado de superação histórica de transmissão passiva de conhecimento. O diálogo necessário para a compreensão da normatividade vital prima o compartilhamento de uma ecologia de saberes, superando, portanto, a hierarquização histórica da racionalidade científica-instrumental por sobre os saberes advindos da *práxis* cotidiana, i.e., do viver a vida. A autonomia emerge como resultante de uma soma de cuidados e necessidades de saúde respondidas, de forma que a carência inicial seja compreendida não apenas pelo

profissional de saúde, mas também num esforço de ressignificação do processo de adoecimento do usuário, capacitando-o à retomada de sua normatividade funcional.

Esta taxonomia busca contemplar as principais demandas colocadas pela população frente aos serviços de saúde e tem como sustentáculo o cenário hierarquizado operacional do Sistema Único de Saúde, cuja estratificação das ações de saúde historicamente ocorre por níveis de complexidade instrumental, *i.e.*, a partir da necessidade das diferentes tecnologias-duras (GRABOIS, 2009). Entretanto, o movimento dialético entre o individual-social determina que tais necessidades de saúde sejam dinâmicas e circunstanciais, na medida em que estão relacionadas à concepção de saúde, sendo, pois, importante a constituição de espaços preparados para a troca de saberes entre profissionais de saúde e usuários do sistema, para a compreensão das demandas e suas representações, ou seja, como estas se tornam concretas e adquirem significado compartilhado entre usuários e trabalhadores da saúde.

Evidencia-se a importância de compreender a constituição de uma experiência e como esta condiciona o itinerário terapêutico no restabelecimento da normatividade vital frente às variações e adversidades do meio. A complexidade emerge da dinâmica relacional em que o ser humano se encontra inserido e da dialética entre as significações colocadas pela rede de apoio social frente ao indivíduo e como este atua como autor e participante da constituição de uma rede de significações numa comunidade. O adoecer, como fenômeno capaz de suspender a realidade normal e funcional do Ser, é fonte potencial de experiências e, constitui-se parte do viver a vida. A organização dos serviços na Atenção Básica apresenta papel modelador das necessidades de saúde, dialogando continuamente com a comunidade assistida. A constituição de espaços para troca de saberes é determinante para o cuidado integral em que seja considerado não apenas sua dimensão biológica, mas também a complexidade social imanente à experiência do adoecimento.

Singularidades do Adoecer e o Uso de Insulina

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um grupo heterogêneo de doenças cuja expressão clínica caracteriza-se pela presença permanente de hiperglicemia. Por sua evolução crônica, com potencial de complicações micro e/ou macrovasculares, atribui-se papel fundamental ao controle metabólico desta morbidade, utilizando-se, pois, estratégias terapêuticas medicamentosas e comportamentais (OLIVEIRA, 2018). Àquelas podemos destacar o uso de hipoglicemiantes orais e insulino terapia e como medidas comportamentais destacam-se a preconização de atividades físicas, ajustes dietoterápicos e controle de fatores de risco associados como tabagismo, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013; McCULLOCH, 2018).

Etiologicamente podemos dividir o DM em dois grandes grupos: o primeiro, também chamado de DM tipo 1, apresenta-se sob duas principais formas a depender da existência de marcadores séricos de autoimunidade contra as células betapancreáticas produtoras de insulina. Este tipo tem como principal característica clínica a dependência absoluta do uso de insulina e a oscilação marcante dos níveis séricos da glicemia. O segundo, denominado tipo 2, representa 90 a 95% dos casos verificados de DM e tem como fundamento fisiopatológico uma alteração combinada no processo de secreção de insulina e na glicogênese hepática sendo frequentemente associados ao fenômeno metabólico de resistência à insulina. Os portadores deste tipo específico não dependem exclusivamente de insulina exógena para sua sobrevivência, muito embora possam necessitá-la em diferentes fases de sua história natural para atingir o controle metabólico da doença (OLIVEIRA, 2018).

Estima-se que vinte e sete milhões de pessoas conviviam com DM no Brasil em 2017. Tal prevalência apresenta projeção para quarenta e dois milhões de portadores de DM em 2045. No mundo, espera-se até 2045 um incremento de sessenta e dois por cento na prevalência de DM e 30% nos gastos em saúde destes indivíduos, sendo o Brasil o quarto país com maior número de diabéticos diagnosticados. Ao considerar a transição demográfica acelerada, espera-se na faixa etária acima de sessenta e cinco anos uma prevalência de dezenove por cento, ou seja, um em cada cinco indivíduos apresentarão

DM, impondo sérios desafios no cuidado e na operacionalização dos serviços de saúde (IDF, 2017). Considerando-se a mortalidade, em 2017, atribuíram-se ao DM quatro milhões de mortes, das quais 44,9% ocorreram em pessoas com menos de 60 anos. Observa-se, em 2017, o gasto de aproximadamente 377 bilhões de dólares na América do Norte contra 29,3 bilhões no continente Sul Americano. Entretanto, ao se observar a mortalidade por DM, verifica-se uma proporção de 3/100.000 habitantes para o primeiro e 2/100.000 habitantes para o segundo (IDF, 2017). Assim, evidencia-se que os gastos em saúde destes indivíduos em termos populacionais não se convertem necessariamente em ganho de sobrevida (MENDES, 2012). Na América Latina aproximadamente 40% das pessoas portadoras de DM não estão diagnosticadas. Avaliando-se parâmetros de morbidade, o DM ocupa papel de destaque na carga de doença populacional.

No curso da doença, proporção significativa dos pacientes desenvolvem complicações vasculares, entre as quais destacam-se problemas visuais e renais graves, bem como alterações sensoperceptivas nas extremidades e morbidade cardiovascular (MS,2013; OLIVEIRA, 2018; McCULLOCH, 2018). A retinopatia diabética responde pela principal causa de perda de visão em pessoas de 20 a 65 anos, sendo que um a cada três diabéticos já apresenta algum comprometimento visual. De maneira semelhante, 80% dos casos de Doença Renal Crônica grave é associada ao DM. A prevalência de neuropatia diabética varia entre 16 a 66%, sendo a amputação 10 a 20 vezes mais comuns em portadores de DM. Doença Cardiovascular corresponde a principal causa de morte e incapacidade nos casos de diabetes, sendo 27 óbitos a cada mil pessoas em países de média e alta renda (IDF, 2017).

Em estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz da Bahia demonstrou-se que de cada quatro pacientes diabéticos não insulino-dependentes, três não possuem controle glicêmico da doença (NETTO, 2009). Apesar dos avanços terapêuticos, encontra-se grande dificuldade na adesão ao tratamento, principalmente no contexto do Sistema Único de Saúde (FARIA, 2014). O expressivo acometimento populacional por esta morbidade, a carga de doença envolvida nas complicações decorrentes da falta do controle metabólico adequado e o

sofrimento vivenciado constituem evidências suficientes para se considerar tal enfermidade como um problema de saúde pública (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007)

Em se tratando do acompanhamento clínico do usuário portador de Diabetes Mellitus em uso regular de insulina, sabe-se que a estratégia de automonitoramento glicêmico (AMG) contribui para a diminuição de eventos adversos, principalmente nos indivíduos em uso de hipoglicemiantes; permite maior entendimento dos efeitos da dieta, dos exercícios e estresse sobre a dinâmica glicêmica, consistindo, portanto, em instrumento de educação do cuidado continuado em saúde (McCULLOCH, 2018; SBD, 2017). No entanto, apesar de já bem estabelecido a importância desta estratégia de monitoramento, para os portadores de diabetes insulino-dependentes, encontram-se dados conflitantes sobre sua importância nos portadores de Diabetes Tipo 2 na ausência de insulino-terapia (IDF, 2017). Ressalta-se que a prática do AMG é custosa e pode estar associada à diminuição da qualidade de vida no início das práticas de autocuidado e, portanto, seu uso deve estar adequado às necessidades de saúde do portador de DM (SIMON, 2008).

Em estudo realizado no município de Botucatu, SP, verificou-se que os usuários não estavam adequadamente capacitados em realizar o automonitoramento glicêmico, fenômeno este atribuído ao descrédito dos profissionais quanto à capacidade de controle glicêmico pelos usuários de insulina, bem como à própria falta de treinamento dos profissionais de saúde. Muito embora tal achado seja alarmante, não foi explorada a realização de atividades em grupo comunitárias direcionadas a este grupo sabidamente de alto risco cardiovascular com potencial elevado de morbimortalidade (AUGUSTO, 2014). Apesar de uma proporção acentuada considerar o impacto positivo do programa, evidenciou-se a utilização incipiente do mesmo como mecanismo de emancipação do autocuidado do Diabetes Mellitus.

Seguindo-se tais evidências, em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob a égide da Política Nacional de Atenção Básica e em conformidade com a Lei Federal 11347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, iniciou o cadastramento informatizado de usuários em uso de insulina em cinco unidades de referência sendo posteriormente ampliado para todas as Unidades Básicas de Saúde (SMS, 2017). É prática, nestas unidades a existência de um cronograma por meio do qual se realiza o agendamento mensal da entrega destes insumos, na dependência do acompanhamento clínico pela ESF progresso sob a prerrogativa de que na sua ausência encerram-se o cadastro e a retirada dos materiais.

O DM, considerado uma das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, deflagra um fenômeno existencial de *ruptura da biografia* do indivíduo, dado seu caráter modificador dos modos de andar a vida acompanhado de representações sociais e simbólicas no processo de adoecimento (BURY, 1982; SETTON, 2002). A (res)significação deste novo horizonte existencial resulta da dialética entre o pensamento social, compartilhado e incorporado pelo ser vivente, acerca da doença, e da dimensão subjetiva, resultante da própria historicidade individual e das necessidades singulares de saúde para a manutenção da sua normatividade funcional. A esta visão construtivista, identifica-se uma dinâmica entre não apenas o processo de saúde-doença, mas também entre o individual-social (BARSAGLINI, 2011). Este fenômeno peculiar à ontologia do adoecer por uma condição crônica aproxima-se do que Pierre Bourdieu conceitua como *habitus*, i.e, a apropriação subjetiva de uma dada concepção social trabalhada individualmente por suas experiências historicamente construídas. Assim, no contexto do modelo explicativo do processo saúde-doença em que se considere a repercussão dos determinantes sociais sob a esfera individual (SETTON, 2002), a noção de *habitus* nos ajuda a compreender a relatividade das representações do adoecimento e reitera a importância de equipamentos de saúde que estejam preparados para o intercâmbio de saberes de origens e expectativas diferentes.

Em se tratando da esfera subjetiva do adoecimento por DM, demonstrou-se que as dimensões envolvidas no entendimento desta condição crônica e sua repercussão na

normatividade vital sustentam-se primariamente por racionalidades biomédicas e explicações científicas. Nesta concepção, mantém-se o discurso *causal-controlista*, onde se busca a materialização orgânica da doença e o processo de culpabilização decorrente da percepção causal que o estilo de vida tem com a doença. Como consequência, a necessidade de readequações dos modos de viver a vida, sob um olhar de vigilância continuada, também se associou às experiências negativas do adoecer. Neste aspecto, as restrições impostas para o controle metabólico do DM associaram-se às fixações do cotidiano pessoal, e principalmente perda de liberdade e autonomia individuais (AYRES, 2007; BARSAGLINI, 2011). Estas dimensões subjetivas incrementam a estigmatização sofrida e, por vezes, autodeflagrada pelos portadores de DM.

Se a representação do adoecimento por DM encontra na estética do viver um determinante a ser considerado na compreensão das necessidades de saúde e na (re)construção da autonomia individual, identifica-se também uma ambiguidade enfrentada no convívio com tal condição crônica. Este fenômeno decorre das características inerentes à apresentação de sintomas orgânicos, reiterando a significação que o materialismo da doença adquire frente à normalidade vital, em que existe alternância de momentos sintomáticos com períodos significativos assintomáticos. Tal característica quando associada às diferentes repercussões nos modos de andar a vida são condicionantes da experiência singular do adoecer por DM (BARSAGLINI, 2011).

A presença de complicações decorrentes do DM, bem como a necessidade do uso de insulina no manejo metabólico desta condição mostraram-se associadas à percepção de gravidade da doença (BARSAGLINI, 2011). Assim, a perda da normatividade funcional está vinculada às limitações impostas pela doença e exposição do funcionamento biológico, antes ocultado em sua normatividade. Se por um lado a presença de complicações reforça a gravidade da doença e assume um caráter de autocondenação, referindo-se à negligência e falta de seguimento das orientações médicas, a relutância ao uso de insulina transcende a perda do *self* (BURY, 1982), uma vez que vai além da exposição de uma necessidade biológica, apresentando-se também como obstáculo ao viver a vida. No mesmo estudo, Barsaglini (2011) identificou como aspectos a serem considerados o medo do uso de agulhas, a fixação da rotina alimentar sob a premissa de

ocorrência de sintomas de hipo/hiperglicemia e a dependência de outras pessoas para sua administração, o que evidencia a interação que uma proposta terapêutica apresenta para o controle da normatividade biológica e se remete à liberdade e à autonomia como subsídios fundamentais ao sentir-se saudável.

A compreensão do adoecer por DM deve estar integrada ao entendimento da totalidade existencial do sujeito que vive tal experiência. Ao considerar a ruptura biográfica e a conseqüente necessidade de readequação dos modos de viver a vida, a terapêutica proposta não pode apenas visar ao restabelecimento de uma normatividade biológica. Assim, as demandas em saúde, frequentemente sustentadas pelo paradigma da neutralidade científica, representada por necessidades instrumentais ou tecnológicas, não podem ser consideradas isoladamente do contexto histórico e social, sendo, pois, sua compreensão resultado de um encontro de intersubjetividades. Se a dimensão primeira, do adoecer, representa-se por uma demanda biológica, cabe ao profissional da saúde desenvolver um esforço hermenêutico sobre a demanda em sua totalidade simbólica e concluir qual ação será adequada para a resposta às tais necessidades de saúde. A troca de saberes resultante deste encontro é condicionada pela organização do processo de trabalho desenvolvido no equipamento de saúde e pela qualidade do vínculo profissional estabelecido. Portanto, a lógica do trabalho-morto e alienado, mecanizado em sua forma de produção, determinado pela oferta de serviços e não refletido em si sobre as reais demandas impostas pela comunidade (FRANCO, 2011), repercute sobre o processo de vinculação e impacta no desenvolvimento de ações compartilhadas entre usuário e profissional necessárias ao restabelecimento da normalidade vital.

Se o estabelecimento do vínculo com profissional de saúde é condição imprescindível para o encontro efetivo de subjetividades e a conseqüente troca de saberes e fusão de horizontes (AYRES, 2007), devemos, pois, avançar no processo de restabelecimento da normatividade vital. Demonstra-se a necessidade da compreensão holística do Ser como soma de suas experiências históricas, tomado seu *habitus*, para a compreensão de suas necessidades de saúde. Entretanto, o processo terapêutico não se pauta exclusivamente pelo retorno à homeostase biológica normal, mas também pela compreensão do simbolismo que a acompanha. Assim, aplica-se aqui conceito

trabalhado por Ayres em 2007, ao considerar o *Projeto de Felicidade* do Ser em si, e as noções de êxito clínico, quando trabalhamos da normatividade biológica, e o sucesso prático, a dimensão do significado da normatividade funcional. O controle da glicemia com o uso de medicamentos e/ou modificações do estilo de vida responde pelo primeiro fenômeno, enquanto a representação do uso de tais terapêuticas e como contribuíram para a ruptura biográfica do Ser, associam-se ao sucesso prático.

O contínuo enfrentamento às adversidades do viver a vida nos condiciona às experiências singulares do adoecimento. O Ser, portanto, encontra-se em constante movimento interpretativo do que é saúde, a depender das suas necessidades para a manutenção dos seus modos de andar a vida. Recordemos de Ayres (2007) a noção de *Projeto de Felicidade*, relacionada ao devir e ao enfrentamento constante às variações interiores e exteriores ao Ser. Por esta expressão o autor aponta a característica do homem em “estar lançado” à vida, sensível aos percalços da vida, e, portanto passível de constituir experiências (BONDIA, 2002). Junto a tal condição natural do homem vem associada a necessidade de atribuição de significados às suas atividades, principalmente aquelas que buscam a superação continuada dos obstáculos ao viver a vida. Assim, a noção de saúde e felicidade apresentam como valor imputado a potência de agir, como meio de enfrentamento das adversidades da vida em diferentes estados, e da sua materialidade tornar-se evidente nas condições definidoras de sua antítese, i.é, percebe-se a experiência de felicidade na superação do sofrimento e da saúde a partir da resignificação da doença e acomodação da normatividade funcional. Haja vista a experiência do adoecer ser pouco explorada sob este ângulo conceitual, perde-se em profundidade a compreensão do fenômeno existencial do adoecer por uma condição crônica.

A percepção das necessidades em saúde também é determinada pelas concepções de saúde/doença dos profissionais de saúde. Assim, para que consigamos atingir a fusão de horizontes normativos e a troca de saberes nesse processo relacional, deve-se entender as noções e idealizações sobre o adoecer por DM daqueles profissionais atuantes nos serviços de saúde. Nesse contexto, recorreremos novamente ao estudo sócioantropológico de Barsaglini (2011) e ao estudo de Cyrino (2005), em que se

avaliaram tais percepções. Pôde-se observar a predominância da racionalidade técnico-instrumental por sobre a *práxis* cotidiana, numa espécie de sobreposição de saberes, além da caracterização da normatividade biológica por meio de parâmetros quantitativo-laboratoriais. Em se tratando da dimensão estética do viver, i.e., referências ao uso de medicações, seguimento dietoterápico, mostrou-se a falta de conhecimento por parte dos portadores de DM, reforçando uma prática de colonização de saberes científicos num contexto de aderência e obediência à normatização biomédica (MORAES, ROLIM, COSTA, 2009). Assim, ocorre um fenômeno em que as demandas não representadas pela taxonomia médica são tornadas deslegitimadas, sendo pois a totalidade existencial do sujeito tomada apenas em sua dimensão material. Da mesma maneira, o processo relacional entre profissional e usuário do sistema tem se apoiado no paradigma da aderência e obediência terapêutica, reiterando o caráter contrafático da saúde colocado inicialmente por Ayres em 2007, onde se considera o estado de saúde do indivíduo pelo que deveria ser e não pelo que realmente é. Este fenômeno reforça o processo de estigmatização da condição e repercute na dimensão social, representado pela perda de autonomia e liberdade pelo simbolismo do portador e desobediência pelo profissional da saúde.

Partindo-se das dimensões abordadas anteriormente, verifica-se que a resposta às necessidades de saúde deve ser compreendida e cotejada diante da realidade existencial em que o indivíduo se encontra inserido, considerando-se, pois, sua totalidade existencial. Nesse processo, torna-se como norte assistencial não apenas as racionalidades biomédicas, técnico-instrumentais, mas também aquelas que decorrem da *práxis* individual, a partir da compreensão do Projeto de Felicidade, das representações que o adoecer traz para o portador de DM e de como ele identifica e reage aos obstáculos ao viver a vida. A este trabalho que responde pela humanização das práticas em saúde, arregimenta-se um olhar diferenciado para as demandas que são colocadas frente aos serviços assistenciais, trabalhando-se, pois, sob a concepção de integralidade em saúde.

Em se tratando das necessidades de saúde relacionadas ao DM e principalmente naqueles casos singulares com indicação do uso de insulina, nota-se um fenômeno de

personificação do DM, em que a experiência do adoecer associa-se à heteronomia estabelecida entre o indivíduo e a perturbação da normatividade biológica, i.e., um deslocamento das necessidades individuais para as necessidades da doença em si, cuja repercussão nos modos de andar a vida determina o sentimento de constrangimento, perda de autonomia e estigmatização. O reforço desse processo pelas percepções dos profissionais de saúde contribui para o sentimento negativo, perpetuado pela deslegitimação do todo existencial frente a tomada de decisão clínica.

O Cuidado Integral no contexto da Atenção Básica à Saúde

Considera-se a Atenção Básica à Saúde (ABS) política pública responsável por consolidar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde de forma a integrar um conjunto de práticas integrais e responder às necessidades de saúde da população, utilizando conhecimentos científicos e socialmente aceitos (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). Encontra-se definida na Política Nacional de Atenção Básica (2017) como:

Art. 2º - [...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Não obstante sua parametrização em dimensão nacional e seu caráter normativo, verifica-se a complexidade no cenário assistencial em que são desenvolvidas as ações em saúde deste nível assistencial, parte já inferidas das singularidades territoriais brasileiras. Soma-se às características geográficas, de dimensões continentais, às iniquidades sociais e dinâmica social inerentes de cada região que compõe um determinado distrito sanitário. Estes fatores quando somados ao subfinanciamento histórico em que o Sistema Único de Saúde está inserido, tem evidenciado questionamentos quanto aos mecanismos de gestão atual e da sua capacidade em

responder de forma integral às necessidades de saúde, considerando as singularidades locorregionais (DONIEC, DALLALBA, KING, 2018; MARINHO; 2018). Cecílio e Reis (2018) apontam para o chamado *descolamento* da Política Nacional dado a diferença factível do que é proposto como normativa e do que se consolida como prática no cotidiano assistencial. Essa diferença, segundo os autores, podem ocorrer por dois fatores: o primeiro relacionado à dinâmica territorial de municipalização brasileira, onde parte significativa de municípios são considerados de pequeno porte demográfico e carentes na estruturação de suas redes de saúde, bem como da falta de apoio das esferas superiores de gestão em saúde; o segundo pela atuação políticoideológica do Ministério da Saúde, atuando de forma verticalizada e homogeneizadora, diluindo assim as diversidades locorregionais inerentes ao espaço geográfico brasileiro.

Em seu atributo como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Básica deve ser capaz de atuar com resolutividade sobre às necessidades de saúde demandadas pela população e desenvolver ações baseadas na situação de saúde, no Brasil caracterizada por uma transição demográfica acelerada e com destaque epidemiológico para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MENDES, 2012).

Desta reorientação de um modelo assistencialista para um modelo baseado na vigilância à saúde, proativo na medida em que não opera em caráter de demanda voluntária ao mesmo tempo em que trabalha na incorporação de ações para promoção da saúde, destaca-se a importância da dimensão sociocultural como elemento determinante da vinculação e da operacionalização da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária à Saúde apresenta quatro linhas principais de interpretação e análise conjuntural de acordo com a lógica assistencial na qual encontra-se inserida. Podemos destacar uma APS baseada em ofertar uma cesta de serviços previamente definidas, dirigidas às ações como monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização (estratégia *GOBI*); a APS caracterizada por ser determinada pelo primeiro nível de contato com os serviços médicos a incluir ações preventivas e assistenciais (*primary care*); baseada na filosofia do direito universal à

saúde e por último e, referência deste projeto, a APS abrangente ou integral de Alma-Ata que inclui a capacidade do sistema em articular um conjunto de ações e serviços e responder efetivamente às necessidades de saúde da população associada à forma de controle e participação social (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Deste enfoque dito abrangente decorre a necessidade de considerar a saúde como resultado da interação de distintos determinantes de seu estado, incluindo não apenas fatores biológicos, mas também os componentes sociais, ambientais e comportamentais dos indivíduos. Esta concepção evidencia a importância da reorientação dos modelos ditos tradicionais, assistencialistas-privatistas, no qual prioriza-se a atomização do conhecimento médico e seu reducionismo, na medida em que se busca a assistência médica estruturada em concepções nosológicas dicotomizadas do componente social (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002; MATTOS, 2009).

A situação de saúde caótica encontrada no fim do período militar brasileiro era caracterizada pela baixa expectativa de vida e elevada mortalidade infantil (BAPTISTA, 2007). Encontrava-se uma realidade expressa por custos escalonantes de manutenção dos serviços assistenciais, desvinculados da população, haja vista seu enfoque na medicina curativa, cujas ações preventivas eram reduzidas a uma cesta restrita de serviços nos Centros de Saúde, voltados aos programas de imunização e controle de Tuberculose e Hanseníase (PAIM, 2012). Assim, neste panorama de necessidade de reestruturação do modelo assistencial, contemporâneo a uma nova política social brasileira, incluyente e democrática, trabalhadores e usuários mobilizaram-se na então denominada Reforma Sanitária, cujo emblema maior se consagrou na Oitava Conferência de Saúde (1986) onde se definiu a saúde como “direito de todos e um dever do Estado” e influenciou decididamente a Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1986)

No Brasil, após a promulgação da Carta em 1988, buscou-se estabelecer um modelo de atenção à saúde baseado nos cuidados primários organizados de forma a superar as iniquidades historicamente construídas, consoantes a metodologias cientificamente e socialmente aceitas inseridas em uma rede poliárquica de equipamentos em saúde por meio da qual opera-se a oferta de serviços e ações em

saúde à população. Assim, o princípio da integralidade das ações em saúde considera no contexto macropolítico a garantia de uma rede assistencial, a fim de suprir as necessidades de saúde em seu contexto ampliado e como prática assistencial entre os trabalhadores da saúde e os usuários do sistema (MATOS, 2001; PAIM,2012).

O cuidado em saúde resulta da interação contínua entre o profissional e os usuários do sistema e abrange, portanto, o acolhimento, a escuta, o respeito pelo sofrimento e sua compreensão. Processo, este, considerado contínuo na medida em que acompanha o sujeito ao longo do tempo e construtivista na medida em que busca o aperfeiçoamento do vínculo profissional, sendo, pois, dimensão da abrangência ou integralidade em saúde. Uma vez bem desenvolvido, o cuidado pode diminuir o impacto do adoecimento e conseqüentemente facilitar o tratamento de condições mórbidas. Da mesma forma, o descaso, o enfoque biológico e o afastamento do componente humano podem agravar o sofrimento e comprometer o cuidado do paciente (PINHEIRO,2009) Como forma de garantir o cuidado universal e integral, o modelo assistencial brasileiro tem consolidado a Atenção Básica à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família como lógica-organizacional para atender as demandas de saúde da população, sendo referência e porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de coordenar os cuidados de cada indivíduo, desde o âmbito individual ao comunitário (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho desenvolvido no campo assistencial encontra-se inserido num determinado contexto históricossocial e apresenta características próprias na forma com que os modos de andar a vida são trabalhados e como são aplicadas racionalidades técnicas, instrumentais e práticas no restabelecimento da normatividade funcional. Neste cenário, Franco e Merhy (2012) consideram o trabalho vivo, em que a produção da saúde se evidencia em ato, i.e., no momento da troca de saberes e compartilhamento de experiências diferentes, na perspectiva de horizontalizar conhecimentos e práticas em saúde. Para tal feito, não se pode propiciar a dominância de uma racionalidade específica no ato de produção de saúde. Da mesma forma, este tipo de trabalho apresenta um pertencimento social de suas razões e como se torna ator das suas próprias representações simbólicas. Assim, o processo de trabalho em saúde não ocorre alienado

de seu objeto produzido e almejado, a saúde. Ele se dá no momento relacional que caracteriza o cuidar e na identificação de suas necessidades de saúde.

Campos (2011) coloca o risco da transformação do trabalho em saúde em “trabalho-morto” caso este seja organizado exclusivamente sob a lógica tecnológica, em que a autonomia do trabalhador não se faz necessária. Este processo de materialização da assistência e perda continuada de sua razão social está enraizado na lógica mecanicista neoliberal (FRANCO, 2011), transformando o espaço de cuidado compartilhado em imposição de saberes e práticas, onde o profissional torna-se engessado por um trabalho prescritivo e desarticulado das necessidades dos usuários do sistema. Merhy e Franco (2009) ainda consideram que o trabalho em saúde deve visar às reais necessidades de saúde, num esforço contínuo de garantir a reprodução social da vida e restabelecimento da singularidade dos modos de andar a vida. Tal perspectiva faz da Atenção Básica à Saúde e principalmente seu principal *locus* de atuação, a Unidade Básica de Saúde, instrumento assistencial moderno, haja vista sua plasticidade em conciliar os diversos tipos de saberes, aproximar a clínica da epidemiologia e com base nas competências culturais desenvolver juntamente com a comunidade ações que respondam às suas demandas colocadas.

O cuidado para ser entendido como processo assistencial à população relaciona-se diretamente com o conceito de saúde e com a experiência do adoecer. Dessa maneira, o conjunto de saberes aplicados à compreensão das singularidades existenciais imanentes aos usuários da Atenção Básica deve compor um escopo articulado de objetivos terapêuticos a fim de resguardar e restaurar os seus modos de andar a vida. Tomando-se, pois, como norte prático a totalidade existencial do ser acometido, compreende-se o cuidado como um processo continuado estabelecido a partir do encontro intersubjetivo (PINHEIRO, 2009).

O cuidado enquanto dimensão do trabalho em saúde tem como objetivo primeiro a identificação das necessidades de saúde dos sujeitos que acessam os serviços de saúde. A característica dialógica que constitui a atividade de cuidar, vista sob a óptica da integralidade, tem como requisito um processo de troca de saberes entre as pessoas envolvidas (PINHEIRO, 2009). Antevar, pois, a concepção de saúde sob a qual se

exerce tal prática é fundamental para a contemplação das necessidades identificadas. Ayres, em 2007, ao avaliar a hermenêutica da saúde evidencia a importância da experiência relacional entre usuários e trabalhadores de saúde e como a “colonização” de saber e práticas biomédicas determinam a concepção de saúde pelo indivíduo assistido.

Outro aspecto que necessita destaque remete-se à busca pela humanização da prática assistencial, diretamente vinculada ao conceito de saúde e sua intersubjetividade, dado a intencionalidade do Ser para com sua existência (AYRES, 2001), e, portanto, responsável pelo sentido concreto de sua potência de agir. A dimensão social, imanente ao ser humano, é condição a ser explorada na prática integral no âmbito da Atenção Básica à Saúde, haja vista ser seu objeto de atuação o sujeito individual e o coletivo e desta maneira constituir-se em espaço de construção de autonomia e autocuidado (OLIVEIRA, 2009).

Um cuidado eficaz, direcionado para os problemas de saúde individuais e coletivos, necessita da caracterização da situação de saúde do território e dos determinantes envolvidos com a saúde da comunidade. Assim, parte-se do princípio do sujeito relacional, cuja necessidade em saúde não se constitui apenas individualmente, mas também em função do coletivo. Este caráter dialógico influencia diretamente a percepção dos indivíduos sobre os fenômenos que se colocarão frente a sua consciência e que participarão do processo de constituição de uma experiência. A saúde desta perspectiva pode ser entendida como uma matriz a determinar o fluxo social e a dinâmica individual para operar as mudanças cotidianas das pessoas e comunidades. Tal contraste evidencia-se na presença da doença, quando esta mobilidade individual e social se torna reduzida. Desta maneira, o entendimento da necessidade de saúde é imprescindível para a prática integral, humanizada e compartilhada em saúde.

A integralidade em saúde enquanto uma “noção amálgama” é conceito polissêmico e dependente do contexto pelo qual se deseja caracterizar, permeando a prática assistencial em nível singular e coletivo. Destarte, é prática resultante e norteadora do processo de trabalho em saúde (MATTOS, 2009). Observando-se o nível macrororganizacional, articula-se com a disponibilização de recursos em densidades

tecnológicas hierarquizadas que compõem a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017). Esta visão operacional está associada à noção de equidade verticalizada, ao garantir os recursos adequados às necessidades singulares de saúde. Entretanto, ao considerar a composição dos mapas de cuidado pelos usuários do Sistema de Saúde, revela-se a importância do processo relacional entre usuários e profissionais da saúde. Nesta perspectiva, a integralidade assume a forma de uma boa prática assistencial capaz de compreender o indivíduo em seu todo existencial (MATTOS, 2009), explorando a experiência do adoecer e não se restringindo às demandas de recuperação da normalidade biológica. Observa-se que o guia conceitual da dimensão do cuidado integral em saúde permeia o processo de trabalho bem como a organização deste consoante as características multidimensionais que constituem o fenômeno de saúde em determinada população.

A integralidade deve, portanto, ser entendida na perspectiva da relação dialógica, na qual procura-se identificar as necessidades de saúde do indivíduo e sua dimensão históricossocial. A integralidade, na medida em que se processa a *práxis* assistencial, supera a dimensão atomizada tradicional e incorpora a identificação de situações de vulnerabilidade e risco sociais envolvidos. Este conceito está em conformidade quando consideramos as necessidades em saúde construídas decorrentes de iniquidades historicamente construídas, socialmente compartilhadas e não apenas uma redução ao estruturalismo fisiopatológico do processo de adoecimento humano (MATTOS, 2009).

Sabendo-se que a legitimidade da prática médica se sustenta pelo seu reconhecimento social em responder ao adoecimento humano, em todas as suas formas de expressão, temos a necessidade do uso de diferentes racionalidades para o exercício da compreensão do sofrimento humano. Nesta perspectiva, a capacidade em responder as demandas dos usuários sob uma concepção holística, evitando-se o reducionismo fisiopatológico, é característica de um cuidado integral, assim como identificar necessidades ocultas, antevendo-se ao adoecimento, sob o uso judicioso de racionalidades técnicas (MATTOS, 2009).

Em Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) coloca-se o fenômeno da mediação das necessidades de saúde por meio da oferta de uma carteira de serviços pelo

equipamento de saúde. Disto temos que o reconhecimento da busca pelo serviço como necessidade depende da disponibilidade do serviço em atendê-la como tal. Portanto, um processo de trabalho em saúde enrijecido, incapaz de estabelecer espaços para a troca dialógica de saberes e mobilização de outras racionalidades que não apenas as técnico-instrumentais, pouco êxito irá possuir na prática de um cuidado integral, centrado no Ser e como este significa seu sofrimento.

Adverte-se, entretanto, que o reconhecimento de uma carência como necessidade de saúde deve estar subsidiado pelo olhar atento aos fenômenos sociais que permeiam o sofrimento humano. Sob a óptica da integralidade, Mattos (2009) coloca a prudência em se evitar uma prática de medicalização destes fenômenos, muitos dos quais expressam-se a partir dos modos de vida dos sujeitos adoecidos. Assim, a aplicação criteriosa de diferentes saberes apartados pela dialógica entre usuário e profissional de saúde pode se constituir em importante atributo para aproximação da assistência à integralidade em saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica à Saúde está organizada para responder às necessidades de saúde da população ao considerar as diferentes realidades socioculturais características do território brasileiro. Utiliza, portanto, competências diferenciadas fundamentadas na situação de saúde das comunidades assistidas e no trabalho em equipes de Estratégia Saúde da Família. Para isso, seus equipamentos de saúde procuram se distribuir de maneira equitativa e acessível aos usuários do Sistema Único de Saúde (NORONHA, MACHADO, 2012; MENDES, 2011).

Os fenômenos de transição demográfica e epidemiológica revelaram a necessidade de articulação da lógica assistencial curativa, biocentrada, com o manejo contextualizado das singularidades existenciais que caracterizam a experiência do adoecer na atual situação de saúde (MENDES, 2012). O Diabetes Mellitus, enquanto Doença Crônica Não-Transmissível de significativo impacto na morbimortalidade populacional (MARINHO, 2018), apresenta singularidades determinantes dos modos de condução da vida das pessoas acometidas. Apesar de cientificamente aceito como tratamento eficaz, o uso de insulina pelos portadores de DM tem sido pouco explorado em seu contexto sociocultural, considerado obstáculo frequente à terapia de controle metabólico.

Se conhecidos são os caminhos clinicamente aceitos para o controle do Diabetes Mellitus, temos como questão não resolvida a caracterização dos obstáculos ao viver a vida desses usuários e como se dá a atuação dos profissionais que compõem o Programa de Automonitoramento Glicêmico na tentativa de responder as necessidades de saúde identificadas em seu *setting* natural de ocorrência. Destarte, implica-se como problema de pesquisa explorar a experiência do adoecer desses usuários e investigar como a prática assistencial destes profissionais se aproxima de um cuidado integral aos portadores de DM em uso de insulina.

3OBJETIVOS

Geral

Subsidiar, com vistas à integralidade, as ações dos profissionais da ESF, atuantes no PAMG, voltadas aos usuários em uso de insulina cadastrados em uma UBS do município de SP

Específicos

Identificar e caracterizar as necessidades em saúde de indivíduos portadores de DM em uso de insulina acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico de uma Unidade Básica de Saúde

Identificar e caracterizar as práticas de saúde no âmbito do Programa de Automonitoramento Glicêmico na perspectiva da integralidade da atenção

Discutir com os profissionais atuantes no PAMG a experiência do adoecer de usuários com DM em uso de insulina.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O delineamento qualitativo do estudo se desenvolveu em consonância à proposta de aprofundar a compreensão do fenômeno de adoecer em portadores de Diabetes Mellitus em uso de insulina. Tal objetivo traz a necessidade de explorar o processo de significação do adoecer que acompanha esses indivíduos em seu *setting* de ocorrência (TURATO, 2015), a Unidade Básica de Saúde, com vistas às percepções de usuários e profissionais, atores consagrados da prática assistencial, que nortearão a discussão dos resultados. Tal desenho de estudo permite ao pesquisador explorar as necessidades de saúde destes indivíduos, bem como das singularidades envolvidas no cuidado dos sujeitos investigados considerando-se o processo de trabalho da ESF e as intersubjetividades envolvidas no encontro com os profissionais de saúde.

4.1 DA IMPLICAÇÃO DO AUTOR-PESQUISADOR NO CENÁRIO EMPÍRICO

A condução da pesquisa se deu em cenário assistencial, campo de atuação do autor deste trabalho. Disto decorre a íntima relação entre os sujeitos de pesquisa e o pesquisador responsável. Este fenômeno tem permitido embates teóricos quanto à preservação da objetividade do estudo em si, historicamente associada à neutralidade do pesquisador, sujeito produtor do conhecimento. Se pela perspectiva hegemônica positivista tem-se como objetividade a revelação do conhecimento a partir das técnicas de produção e análise metodológicas, independente das escolhas do pesquisador nessa etapa da pesquisa (SCHRAIBER, 2015), observamos a perda de autonomia deste em exercer sua subjetividade necessária para o aprofundamento da compreensão dos fenômenos sociais, dinâmicos, objeto aqui de investigação.

A inseparabilidade entre o pesquisador e o objeto investigado, reiterada neste cenário de investigação de um fenômeno social e complexo imanente ao adoecimento por uma doença crônica, faz surgir a necessidade de considerar a postura ativa do sujeito epistêmico, ao exercer sua subjetividade dentro de uma sistemática aceita e de uma fundamentação teórica plausível confrontada com os achados empíricos. Assim, a

atividade de compreensão, dialógica em sua natureza com o objeto investigado, vem associada à necessidade de interação do sujeito epistêmico concomitante à condução investigativa (FELICIANO, 2005).

Em se tratando da intencionalidade do pesquisador-autor com o objeto estudado e buscando-se a transparência deste processo durante a execução do percurso metodológico, é imprescindível conhecermos a perspectiva do pesquisador-autor e como este exerceu sua subjetividade para a compreensão do fenômeno estudado.

O pesquisador é especialista em Medicina de Família e Comunidade e desenvolve suas atividades numa equipe de Estratégia Saúde da Família há dois anos na Unidade Básica de Saúde Vila Campestre, cenário empírico aqui utilizado. Exerce sua profissão na mesma equipe no período de realização das técnicas de produção de informações, concomitantemente ao exercício de preceptoria de alunos de medicina da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, na disciplina de Medicina Preventiva.

É competência esperada desta especialidade médica compreender as características socioculturais da sua comunidade referência e assim se constituir recurso comunitário para o cuidado integral em saúde. Devemos, portanto, resgatar a característica relacional desta *práxis*, cujo processo assistencial está apartado no vínculo profissional entre usuário e profissional de saúde. Se este atributo favorece o exercício de práticas terapêuticas e do planejamento em saúde, impõe-se também como desafio epistemológico na condução de uma pesquisa com vistas à compreensão dos fenômenos de adoecimento, aqui caracterizados pela hierarquização histórica da prática médica com os usuários do sistema, onde estes são colocados como sujeitos pacientes, desprovidos de autonomia, cujas relações de poderes evidenciam-se pela valorização dos saberes médicos, tidos como representantes do conhecimento científico (MORAES, ROLIM, COSTA, 2009; VILLA, 2015). Assim, buscando-se atenuar a repercussão das relações de poder entre pesquisador-pesquisados, orientou-se o exercício da subjetividade do pesquisador conforme a hermenêutica gadameriana de *fusão de horizontes*, colocando-se este em postura de aprendizado junto com a população de estudo. Dialoga, portanto, com o referencial freireano, este na contramão de uma colonização técnico-instrumental de saberes, sendo, pois, a postura horizontalizada e dialógica assumida pelo autor

mecanismo de acesso ao fenômeno explorado ao mesmo tempo que constitui um espaço compartilhado da construção e ressignificação de experiências. Para conseguir uma troca de saberes efetiva, o diálogo tem como premissa o saber-escutar; saber este que se constitui pelo respeito e estímulo às pluralidades existenciais de cada ser (AYRES, 2007).

Destarte, a subjetividade implicada do pesquisador no contexto assistencial e na condução das técnicas de produção de informações e compreensão da temática estudada buscou adaptar, quando necessário, a linguagem utilizada, respeitando-se os limites semânticos dos roteiros empregados, bem como garantir nos espaços compartilhados a condição suficiente para a efetiva troca de saberes, para que seja acessado o fenômeno do adoecimento por Diabetes Mellitus e as necessidades de saúde por ele reveladas.

4.2 CENÁRIO EMPÍRICO DA PESQUISA

A Unidade Básica de Saúde Vila Campestre está localizada na zona Sul do município de São Paulo, distrito Jabaquara, pertencente à Coordenadoria Regional Sudeste de Saúde. Está inserida desde sua inauguração em 2010 na Estratégia Saúde da Família, cuja quadro funcional é composto por cinco Equipes Saúde da Família responsável por aproximadamente vinte e dois mil habitantes.

A situação de saúde local é caracterizada pela marcante prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e uma agenda de moléstias infecciosas que contribuem para a singularidade do adoecimento na comunidade local. Nota-se ainda a mortalidade significativa por causas externas, principalmente no sexo masculino, caracterizando, portanto, o cenário de tripla carga de doenças (Tabela 1).

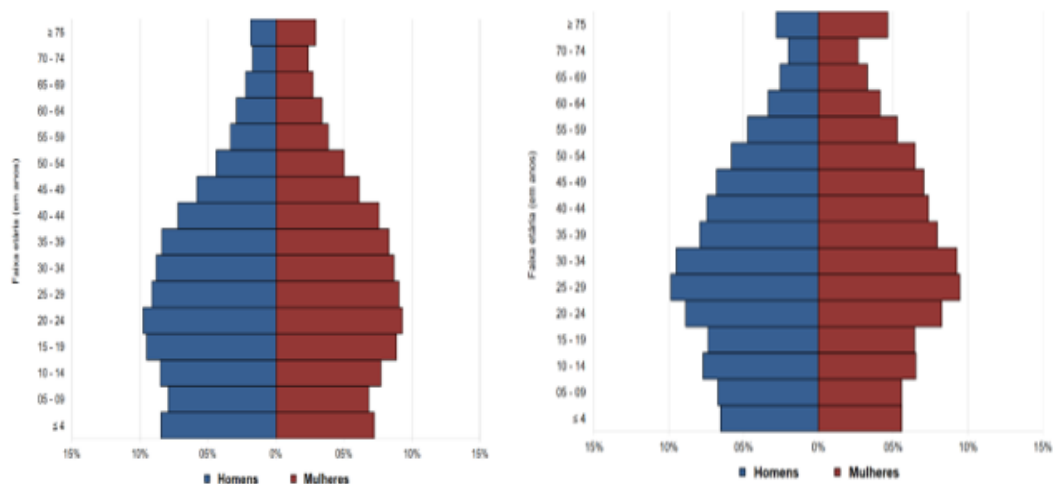
Tabela 1-Taxa de Mortalidade por grande grupo de causas por 100.000 hab., Coordenadoria Regional Sudeste de Saúde, Município de São Paulo, 2014

	2007		2012	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Doenças do Aparelho Circulatório	249,78	216,83	244,34	226,8
Neoplasias	161,4	138,21	170,24	147,88
Causas Externas	81,03	22,42	74,17	22,87
Doenças Infecciosas e Parasitárias	34,52	19,76	27,34	18,56
Doenças Endócrinas, Nutricionais	27,74	31,34	28,71	32,4
Perinatais, Congênitas e Cromossômicas	14,36	11,07	14,59	11,51
Mal definidas	10,93	6,83	10,1	5,44

Fonte: Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2018

A caracterização demográfica segue o fenômeno de envelhecimento populacional como observamos no comparativo das pirâmides etárias da Supervisão Técnica de Saúde Jabaquara no período compreendido entre 2000 a 2010 (Figura 3).

Figura 3- Transição Demográfica 2000-2010, Jabaquara, Município de São Paulo, 2018



Fonte: Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2018

Considerando-se a morbidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, verificamos a prevalência significativa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na comunidade local. Da mesma forma, a diferença resultante dos indivíduos

cadastrados como hipertensos e diabéticos e aqueles acompanhados pela ESF evidencia a limitação no acompanhamento da totalidade destes indivíduos (Tabelas 2 e 3) pelas equipes de saúde.

Tabela 2- Usuários portadores das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Vila Campestre, São Paulo, 2018

Equipes ESF	Diabéticos		Hipertensos		Número de Famílias Cadastradas
	Acomp	Cad	Acomp	Cad	
AZUL	191	224	494	603	1223
AMARELA	158	191	406	496	1223
VERDE	113	197	445	513	1194
VERMELHA	179	234	393	508	1338
LILAS	132	185	299	456	1035
TOTAL	773	1031	2037	2576	6013

Legenda: Acomp: acompanhados; Cad: Cadastrados; ESF: Equipe Estratégia Saúde da Família
Fonte: autoria própria

Em se tratando de cenário assistencial urbano e a população de aproximadamente dois milhões e setecentos mil habitantes pertencentes à CRS Sudeste, evidenciamos uma significativa pressão assistencial sobre os serviços de Atenção Básica à Saúde (Tabela 3). Soma-se ao fenômeno observado a recente instabilidade político-econômica vivenciada nos três últimos anos com repercussão direta sobre o financiamento em saúde pública e na organização da Rede de Atenção à Saúde (CECILIO, REIS; 2017).

Tabela 3 – Equipamentos de Saúde da Rede de Atenção Básica, Supervisão Técnica de Saúde Sudeste, São Paulo, 2018

CRS / STS	Rede de Atenção Básica					População
	UBS	UBS/AMA	Total de UBS	AMA 12h	Assist. Domiciliar	
Sudeste	70	22	92	3	11	2.700.811
Ipiranga	15	3	18	-	1	484.995
Mooca/Aricanduva	11	6	17	-	3	623.316
Penha	16	5	21	1	3	473.549
Vila Mariana/Jabaquara	9	4	13	1	1	582.547
Vila Prudente/Sapopemba	19	4	23	1	3	536.404

Fonte: Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2018

4.3 DO PROCESSO DE ESCOLHA DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Na primeira etapa da pesquisa realizaram-se duas rodas de conversa com usuários do Sistema Único de Saúde regularmente acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Campestre. Este primeiro momento buscou identificar os conhecimentosêmicos e a experiência do adoecer destes indivíduos em uso de insulina. Desta maneira, procurou-se selecionar para a primeira roda dez indivíduos a partir dos registros do Programa de Automonitoramento Glicêmico da UBS, por meio de um processo de randomização manual, caracterizado pela seleção de uma ficha a cada trinta contadas, número este obtido pela divisão do total de cadastros no programa AMG (298) pelo número de participantes convocados (10).

Após este processo inicial, deu-se a convocação dos indivíduos por meio de contato telefônico realizado pelo Auxiliar Técnico Administrativo da UBS, informando o convite para participação em uma pesquisa clínica e a possibilidade de comparecimento em local comunitário específico com o pesquisador responsável para o esclarecimento da proposta de pesquisa. Dos indivíduos inicialmente convocados, compareceram oito participantes para a etapa de esclarecimento da pesquisa e obtenção do consentimento ético e cinco participantes no dia agendado para a realização da primeira roda de conversa. O local escolhido como sede para a realização das rodas de conversa se deu no espaço cedido pela Paróquia Santo Antônio, localizada a duas quadras da Unidade Básica de Saúde. A escolha do espaço se deu por conveniência, haja vista a proximidade do equipamento de saúde bem como sua utilização prévia para outros serviços de saúde, como atividades em grupo promovidas pelos profissionais do Núcleo de Assistência à Saúde da Família. Este espaço é caracterizado por se tratar de uma sala reservada de aproximadamente 16 m² adjacente ao salão paroquial, protegida de ruídos externos, já possuindo os assentos necessários para a disposição em roda de conversa.

Em decorrência da mudança do quadro de trabalhadores na Unidade de Saúde associada à falta de atualização dos dados cadastrais dos usuários no referido Programa de Automonitoramento Glicêmico e ciente do vínculo estabelecido entre os usuários do

Sistema de Saúde e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), o processo de seleção dos participantes para a segunda roda de conversa contou com o convite domiciliar de usuários de insulina pelas Agentes Comunitárias das equipes ESF, contemplando-se o processo inicial de randomização bem como os critérios de inclusão e exclusão propostos na pesquisa.

Os critérios de seleção dos usuários em tratamento de Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde sob insulino terapia acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico estão presentes do quando 1

Quadro 2-Critérios de seleção dos participantes das rodas de conversa

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Indivíduos do gênero masculino ou feminino com diagnóstico de DM há pelo menos 01 ano e que estejam em uso de insulina parenteral subcutânea;	Portadores de DM 2 em uso de insulina acompanhados pela ESF do médico-pesquisador;
Indivíduos regularmente cadastrados no Programa de Automonitoramento Glicêmico;	Portadores de DM2 em uso de insulina, cadastrados do AMG sem acompanhamento clínico na ESF da UBS, caracterizado por no mínimo duas consultas no último ano completo;
Faixa Etária: 18 – 80 anos	

Fonte: O autor.

A média de idade dos participantes da primeira roda foi de 61,2 anos (51 – 78 anos) dos quais três homens e duas mulheres (Tabela 4). A segunda roda apresentou idade média de 58 anos (41 – 77 anos). Os tempos médios de diagnóstico de DM dos participantes equivaleu a aproximadamente 19 (dezenove) anos (8 – 43 anos) e 15 (quinze) anos (1 – 30 anos) da primeira e segunda roda, respectivamente. Para o tempo de uso de insulina parenteral subcutânea, os participantes da primeira roda apresentaram média de aproximadamente 12 (doze) anos (2 – 43 anos) para a primeira e de 10 (dez) anos para a segunda roda (Tabelas 6 e 7). Ressalta-se que o maior tempo de uso de insulina vincula-se a um dos participantes apresentar diagnóstico de DM tipo 1. O controle metabólico do DM se deu a partir da consideração do índice de hemoglobina glicada

referente aos últimos três meses da participação do estudo de campo. O índice de hemoglobina glicada na primeira roda de conversa variou entre 7,9 a 12,5% e média de 8,53%. Na segunda roda de conversa encontrou-se uma variação entre 6,8 a 12,3% e média de 9,05%. Dois participantes do estudo não apresentaram em prontuário clínico o resultado do índice de hemoglobina glicada nos últimos três meses, ausência esta checada em sistema laboratorial eletrônico (Tabelas 5 e 6).

Tabela 4 - Composição da primeira roda de conversa

Participante	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Tempo de Diagnóstico de DM (anos)	Tempo de Uso de Insulina (anos)
P1	78	Casado	Fundamental Incompleto	Aposentado	14	8
P2	51	Divorciado	Médio Incompleto	Doméstica	21	5
P3	72	Viúva	Fundamental Incompleto	Aposentada	11	2
P4	47	Casada	Médio	Do lar	8	3
P5	58	Casado	Fundamental	Afastado por Incapacidade	43	43

Fonte: O autor.

Tabela 5 - Controle metabólico do Diabetes Mellitus e comorbidades nos participantes da primeira roda de conversa

Participante	Complicação DM ou Comorbidade	Índice de Hemoglobina Glicada (Últimos três meses)
P1	Hipertensão Arterial Sistêmica/Retinopatia	7,9%
P2	Hipertensão Arterial Sistêmica	-
P3	Hipertensão Arterial Sistêmica	6,4%
P4	Hipertensão Arterial Sistêmica	7,3%
P5	Doença Renal Crônica	12,5%

Fonte: O autor.

Tabela 6 - Composição da segunda roda de conversa

Participante	Idade	Estado Civil	Escolaridade (Ensino Completo)	Ocupação	Tempo de Diagnóstico de DM (anos)	Tempo de Uso de Insulina (anos)
P6	70	Casada	Fundamental	Aposentado	30	28
P7	41	Casada	Médio	Doméstica	10	4
P8	77	Viúva	Fundamental Incompleto	Aposentado	5	5
P9	52	Casado	Médio	Desempregado	8	0,5
P10	59	Casada	Médio	Do lar	23	3
P11	67	Casado	Fundamental Incompleto	Aposentado	27	27
P12	40	Casado	Médio	Motorista	1	0,5

Fonte: O autor.

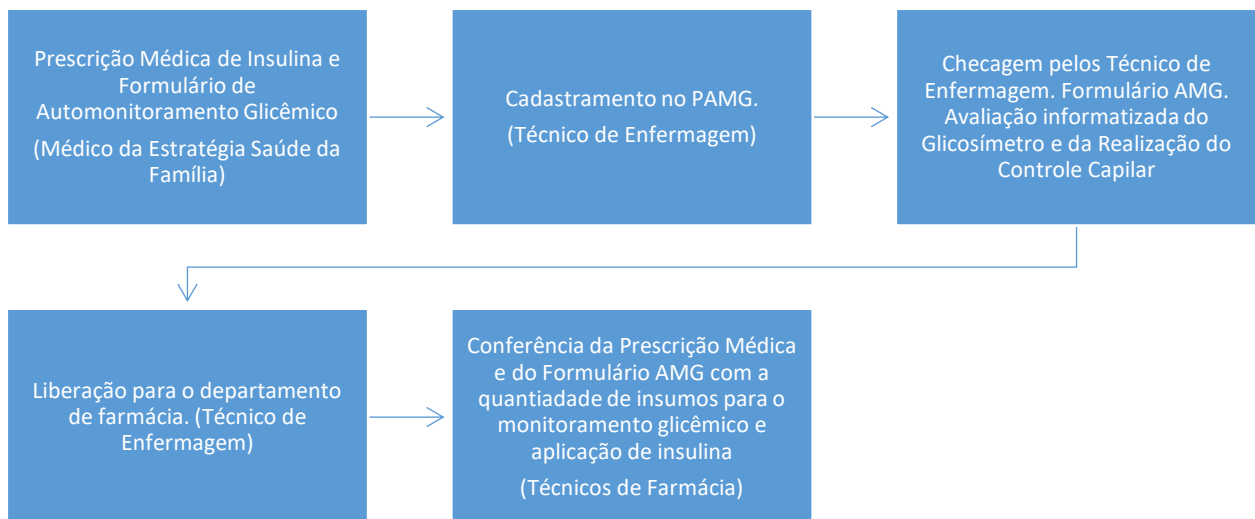
Tabela 7 - Controle metabólico do Diabetes Mellitus e comorbidades nos participantes da segunda roda de conversa

Participante	Complicação DM ou Comorbidade	Índice de Hemoglobina Glicada (Últimos três meses)
P6	Hipertensão Arterial Sistêmica	7,5%
P7	-	11,3
P8	Hipertensão Arterial Sistêmica	-
P9	Neuropatia Diabética/Pé Diabético/Retinopatia Diabética	9,2%
P10	Hipotireoidismo/Hipertensão Arterial Sistêmica	7,2%
P11	Hipertensão Arterial Sistêmica	12,3%
P12	Hipertensão Arterial Sistêmica	6,8%

Fonte: O autor.

A operacionalização do Programa de Automonitoramento Glicêmico na Unidade Básica de Saúde é caracterizada sumariamente pelo cadastramento dos usuários portadores de Diabetes Mellitus com indicação clínica do uso de insulina e dispensação de insumos necessários para sua administração subcutânea e monitoramento glicêmico capilar (Esquema 1). Ressalta-se que a organização do processo de trabalho do PAMG sofreu modificações desde sua implantação na UBS em 2010, cuja organização se dava em forma de grupos educativos comunitários conduzidos por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e técnico de enfermagem. Tal estratégia comunitária atualmente é arbitrária a cada equipe Estratégia Saúde da Família, i.e., não apresenta caráter obrigatório e, portanto, dependerá do processo de trabalho intrínseco de cada equipe ESF.

Figura 3 - Processo operacional do Programa de Automonitoramento Glicêmico da Unidade Básica de Saúde, Vila campestre, São Paulo, 2018



Fonte: O autor.

Na condução da segunda etapa da pesquisa realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde encarregados do PAMG na unidade em questão.

Tabela 8 - Profissionais que compõem o Quadro de Funcionários do Programa de Automonitoramento Glicêmico da Unidade Básica de Saúde Vila Campestre, São Paulo, 2018

Profissional de Saúde	Tempo de Serviço (Anos)
Técnico de Enfermagem	6
Técnico de Enfermagem	4
Técnico em Farmácia	6
Técnico em Farmácia	3
Farmacêutica	4

Fonte: O autor.

Destes profissionais, dois técnicos de saúde também compõem duas equipes Estratégia Saúde da Família, onde desenvolviam anteriormente ao momento da pesquisa atividades em grupo com os usuários de insulina na comunidade referência desse estudo.

Tabela 9 - Técnicas de produção de dados e seus respectivos tempos de gravação, 2018

Técnica de Produção de Informação	Tempo de Gravação (Minutos)
Roda de conversa – RC1	71
Roda de conversa – RC2	94
Entrevista 1	14
Entrevista 2	12
Entrevista 3	14
Entrevista 4	15
Entrevista 5	17

Fonte: O autor.

4.4 DA TÉCNICA DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Considerando-se o encontro de singularidades inerente às práticas assistenciais, o desenho do estudo orientou-se pela caracterização das necessidades de saúde em duas dimensões principais: a primeira ao considerar a experiência do adoecer de usuários do Programa de Automonitoramento Glicêmico e a segunda a partir das percepções que os profissionais de saúde inseridos neste programa apresentam sobre tais necessidades. Assim, duas etapas principais determinaram as técnicas de produção de dados. Na primeira utilizou-se da realização de duas rodas de conversa em espaço comunitário, permitindo ao pesquisador explorar as experiências que acompanham o processo saúde-doença bem como acessar a troca de saberes entre tais usuários do PAMG em seu *setting* natural de ocorrência.

A escolha em realizar rodas de Conversa como instrumento produtor de informação parte da necessidade em atenuar as relações de poder envolvidas entre o pesquisador e os participantes da pesquisa e conseqüentemente acessar a troca compartilhada de experiências orientada por uma perspectiva de horizontalização do processo dialógico, situando o pesquisador como sujeito epistêmico, limitado pelo roteiro a seguir descrito. Tem ainda como característica a emergência de informações a partir da *interação* entre os pares, não se constituindo como soma de entrevistas individuais, mas sim, um espaço para a constante construção de significados e, portanto, reflexão dos modos de viver a vida. Seu aparato principal é o processo dialógico representativo do pensar e agir humanos (MOURA, LIMA; 2014; SAMPAIO, 2014). Para tanto, utilizamos como instrumento de produção das informações um roteiro pré-definido subsidiado pela tese de doutorado de Cyrino (2005) que investigou as competências requeridas para o autocuidado de indivíduos portadores de DM. Tal roteiro, dividido em três blocos temáticos, buscou contemplar as principais dimensões do processo de adoecer por DM daqueles indivíduos em insulinoterapia considerando-se experiências e os saberes mobilizados para o cuidado de si, as relações com os serviços de Atenção Básica e as singularidades do adoecer por Diabetes Mellitus.

Na segunda etapa, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com todos os profissionais que compõem o quadro de funcionários do PAMG durante horário de descanso destes profissionais na Unidade Básica de Saúde. Segundo Marconi e Lakatos (2003) considera-se a entrevista como “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. Sua flexibilidade em permitir ao pesquisador explorar o objeto temático dentro dos limites teóricos pré-estabelecidos proporciona aprofundar a compreensão do fenômeno estudado, sendo aqui desenvolvida no contexto natural de atuação destes profissionais selecionados. Tem como fundamento a conversação e o diálogo entre duas pessoas, sendo, pois preferível o contato prévio do pesquisador com os sujeitos entrevistados favorecendo o *rapport* inicial (BRITTO JUNIOR, 2011), aqui já facilitado, haja vista tais entrevistados participarem do processo de trabalho do pesquisador, enquanto médico de família da Unidade Básica de Saúde.

Para fins deste estudo foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas com a totalidade de profissionais atuantes no Programa de Automonitoramento Glicêmico. Utilizamos roteiro pré-definido dividido em dois blocos temáticos para se otimizar a condução da pesquisa durante expediente de trabalho e concomitantemente permitir ao pesquisador explorar o objeto de estudo. Ressalta-se a impossibilidade da realização destas entrevistas à parte do cenário de trabalho dada a necessidade de garantir as práticas assistenciais da Unidade de Saúde. Para se garantir a privacidade das entrevistas realizadas na Unidade de Saúde, utilizou-se consultório clínico em ambiente reservado.

Observa-se, portanto, a utilização neste estudo de duas formas distintas na produção de informações. Este processo chamado de triangulação nos permite explorar a consistência dos achados na pesquisa qualitativa (PATTON, 1999) e nesse estudo está aplicado à avaliação da convergência entre o fenômeno observado cotejado ao referencial da integralidade em saúde. A randomização dos participantes das rodas de conversa permite atenuar o viés de seleção do pesquisador e dessa maneira contribuir para a credibilidade do estudo bem como assegurar a representatividade dos resultados

em *settings* semelhantes da ocorrência dos fenômenos aqui explorados (SHENTON, 2004).

Assim, considerando-se os procedimentos acima descritos, a discussão dos resultados ocorrerá em dois momentos principais. O primeiro ao contemplar os achados das duas rodas de conversa entre si e uma segunda etapa, cotejando-se o resultado das rodas de conversa aos resultados obtidos pelas entrevistas realizadas. Dessa maneira, permite-se explorar a consistência dos achados e a convergência da prática do serviço de saúde sob a concepção da integralidade em saúde.

4.5 DA TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para fins desse estudo, utilizaremos a Análise de Conteúdo definida por Krippendorff em 2004 (apud Bengtsson, 2016) como “uma técnica de pesquisa para fazer inferências replicáveis e válidas de textos (ou outro assunto significativo) para o contexto de seu uso”. O procedimento metodológico empregado no tratamento das informações obtidas pelo processo de audiogravação envolveu três etapas principais. Uma primeira, resultante da transcrição de todo o material gravado, formando o *corpus* do trabalho empírico. Posteriormente, este conteúdo foi submetido ao processo de leitura exaustiva a fim de se evidenciar as unidades semânticas que serão condensadas para que sejam reveladas as categorias respectivas a cada bloco temático. Este procedimento fundamental na pesquisa qualitativa, envolve a nomeação dessas unidades semânticas e se relaciona ao conhecimento prévio do sujeito epistêmico para com o objeto de estudo (CAMPOS, 2004). Desta maneira e consoante a proximidade deste com tal objeto de pesquisa, trabalhou-se paralelamente em dois pesquisadores a fim de se comparar o processo de condensação e nomeação das unidades semânticas e categorias provenientes da análise de conteúdo.

Seguindo-se o modelo proposto por Bengtsson (2016), o pesquisador deve escolher entre duas formas de proceder o tratamento das categorias emergentes da análise inicial. Uma primeira, próxima à materialidade do discurso, tem como característica sua fidedignidade ao transcrito. A essa forma de análise chamamos de

análise do conteúdo manifesto. Uma segunda forma de proceder busca compreender o fenômeno a partir do conteúdo manifesto, i.e., uma análise interpretativa do que o texto busca representar. A este processo denominamos de análise de conteúdo latente sendo, portanto, compatível com a delimitação do objeto do estudo desta pesquisa.

Para fins da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas conduzidas com os profissionais de saúde, utilizamos as matrizes de análise baseadas no estudo de Graneheim e Lundman (2004). Tal escolha se deu pelo modelo proposto proporcionar maior clareza ao processo de nomeação das unidades semânticas e da categorização necessárias para o prosseguimento da compreensão do fenômeno estudado concomitante à facilidade na aplicação dos resultados no processo seguinte de saturação teórica.

O processo de triangulação das técnicas de produção das informações, aqui caracterizado pela realização de entrevistas semiestruturadas com os cinco profissionais que compõem o quadro de funcionários do Programa de Automonitoramento Glicêmico do cenário empírico associadas às rodas de conversa, objetivou aprofundar a compreensão acerca do objeto de estudo. Na segunda etapa da pesquisa, considerando-se a análise das cinco entrevistas semiestruturadas buscou-se demonstrar o *completamento de significados* (SCHRAIBER, 2015) segundo o modelo de saturação teórica utilizado por FONTANELLA et al. (2011) observado a partir da terceira entrevista, uma vez que não houve acréscimo hermenêutico e heurístico, exemplificado nas tabelas pelo surgimento de novas categorias, após o prosseguimento das mesmas com todos os profissionais que compõem o quadro do PAMG (Tabelas 10 e 11).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 81068517.2.0000.5505 e 81068517.2.3001.0086)

Na primeira etapa da pesquisa que constou da realização das rodas de conversa, o procedimento para a obtenção do termo de consentimento esclarecido se deu a partir do convite por telefone pelo Auxiliar Técnico-Administrativo e por meio de visita domiciliar da Agente Comunitária de Saúde na semana que antecedeu a realização das rodas no mesmo local de realização das mesmas. O mesmo foi obtido após o esclarecimento da finalidade científica e do caráter não-obrigatório de participação da mesma sem repercussão nas práticas assistenciais da Unidade de Saúde. O esclarecimento da pesquisa se deu em dois momentos, sendo a subscrição da TCLE na semana que antecedeu a pesquisa e posteriormente de forma oral, ao iniciar a audiogravação, ratificando-se no momento de realização da roda o compromisso do orientador com o sigilo das informações ali coletadas.

Na segunda etapa da pesquisa, caracterizada pelas entrevistas com os profissionais de saúde, a participação na pesquisa também ocorreu sob a forma de convite sendo o consentimento obtido no dia da entrevista pela disponibilidade da agenda do profissional da Unidade Básica de Saúde. O esclarecimento dos fins científicos e a garantia de sigilo das informações foram ratificadas durante o procedimento de audiogravação.

5 RESULTADOS

5.1 DA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE INSULINA

A realização das rodas de conversa totalizou cento e sessenta e cinco minutos sendo a segunda etapa metodológica caracterizada pela soma de setenta e dois minutos de gravação das cinco entrevistas semiestruturadas com os profissionais da Unidade Básica de Saúde. Para fins de discussão dos resultados e considerando as técnicas empregadas, uma primeira etapa se dará na apresentando os achados das rodas de conversa e posteriormente num segundo momento, discutiremos os resultados das entrevistas semi-estruturadas.

5.1.10 Diabetes Mellitus e a Experiência do Adoecer

O primeiro bloco temático referiu-se ao aprofundamento das experiências de adoecimento dos usuários diabéticos em uso de insulina. Podemos identificar no processo de análise de conteúdo o surgimento de categorias comuns às duas rodas de conversa como observado no quadro 2.

Quadro 2 - Categorias do primeiro bloco temático reveladas após análise de conteúdo nas duas rodas de conversa, 2018

Roda de conversa 1	Roda de conversa 2
Apresentação clínica do DM	Apresentação clínica do DM
Medo de morte prematura ou incapacidade	Medo de morte prematura ou incapacidade
Tendências de comportamento	Tendências de comportamento
Perda da autonomia	Perda da autonomia
Insatisfação no controle glicêmico	Resposta ao diagnóstico de DM
Repercussão na rotina do trabalho	

Fonte: O autor.

Apresentação Clínica do Diabetes Mellitus

A constituição de experiências do adoecimento por diabetes mellitus nos usuários em uso de insulina se associou à sua apresentação clínica, aqui considerada em duas situações diferentes, a primeira quando a presença de sintomas até então desconhecidos pelo usuário o direciona ao diagnóstico da condição mórbida, e um segundo momento, quando da realização de exames de rastreamento e identificação precoce da doença na ausência de uma perturbação percebida da homeostase orgânica.

Assim como observado em Cyrino (2005), a apresentação clínica repercute no cuidado de si mesmo e pode estar vinculada à valoração da necessidade de tratamento. A modificação da normalidade biológica contribui para a materialização do adoecer e deflagra a busca pela reconstituição das satisfações pessoais, evidenciando-se o caráter contrafático da saúde no viver a vida (AYRES, 2007). A revelação de necessidades biológicas antes silenciadas por sua normalidade silenciosa e a perda progressiva do *self*, associa-se também aos processos de (res)significação do adoecer e como o usuário aceitará a nova condição de vida (PIERRET, 2003).

O diagnóstico de tal condição crônica quando realizado na ausência de uma perturbação identificada pode representar por si mesmo a própria modificação do andar a vida e repercutir nas tendências comportamentais a serem adotadas pelos portadores de DM2.

RC1 (Roda de Conversa): “ela falou pra mim assim: você também vai fazer exame aí eu falei, **mas eu disse: eu não sinto nada não tenho nada** ela falou você também vai fazer. Aí eu fiz não é que estava diabética! Ahh.. Aí ela pegou e falou vamos repetir o exame pra ter a certeza...Eu repeti o exame e tava lá. **Quer dizer eu descobri e não tinha sintoma nenhum... não tinha nada**”
 “Aí no caso eu **tava indo muito no banheiro urinar, bebia muita água... direto bebendo água...** Aí ela falou pra mim **você não tá normal**, você tá bebendo muita água... vou mandar você fazer um exame”

A disfunção erétil apresenta importante repercussão no modo de vida masculino e como fenômeno clínico associado ao DM. Tal expressividade resulta da materialização do corpo “não-funcional” e se junta ao complexo multifatorial do adoecimento. Identifica-se assim um ciclo de sofrimento continuamente retroalimentado no qual a disfunção erétil representa uma perda de funcionalidade e assim compõe a dimensão psicogênica,

também associado à fisiopatologia da disfunção erétil (ZORZI, 2015). A busca pela terapêutica e restabelecimento da funcionalidade erétil como satisfação pessoal é objeto motivacional de controle metabólico para alguns participantes das rodas de conversa.

RC1: No meu caso do homem **dá impotência**. Não tem ereção pro homem, né. Passei no especialista ele falou que isso é do diabetes mesmo, que não adianta se apressar, ficar nervoso, então eu tô tratando por isso também, né, **eu tenho 50 e poucos anos eu acho que pra isso ainda sou jovem, sou casado, tenho minha esposa**.

Resposta ao Diagnóstico de Diabetes Mellitus

A atribuição de significado ao diagnóstico de DM mostrou-se associada ao reconhecimento do caráter familiar desta condição, facilitando a aceitação e a busca pelo tratamento, bem como associando-se ao temor advindo de experiências compartilhadas das complicações decorrentes do DM. A predisposição familiar do Diabetes Mellitus também permite sua significação pelos usuários como condição inexorável e independente do estilo de vida, achado este consistente com estudo de Barsaglini (2011), haja vista o processo de culpabilização enfrentado pela cultura de risco epidemiológico frente à sociedade moderna (PIERRET,2008).

RC2: **“O que ajudou foi saber que a doença é hereditária** e os mais velhos da minha família **todos eles tiveram... aí me conformei...[...]** Ai comecei lembrar lá de trás o pai da minha mãe tinha diabetes **e foi assim que comecei me conformar**. O meu avô tinha..., mas é isso”
 “Essa experiência com minha mãe que **eu vi tudo o que ela tinha passado** quando ela chegou já no final da vida que ela ficou doente a diabetes complicou muito a vida”

A resposta ao diagnóstico de DM também se apresentou como um processo de negação da doença, evidenciada pela rejeição à terapêutica proposta. Tais achados estão presentes no estudo de Cyrino (2005) aqui reiterados nas rodas de conversa. Nos dois estudos esse fenômeno inicial em se descobrir portador de DM refletiu-se no comportamento dos usuários, na tentativa de manter as satisfações pessoais, rejeitando às modificações ao modo de vida representadas como regras ao viver, conseqüentes à

fixação de condutas e restrição da mobilidade social. Assim, o adoecimento adquire não apenas uma representação singular permeada de sentimentos afetivos, mas também relativa à posição social na qual o indivíduo está inserido (BARSAGLINI, 2011).

RC2: “**Chorei muito! não queria tomar remédio** fiquei dois, três anos sem tomar remédio sem nada[...] ele passou os remédios pra mim tomar eu no lugar de tomar os remédios, controlar ela e tudo mais **eu não liguei**, eu era **viciado em beber**, só não fumava, **e comia de tudo, bebia...**[...] **Na hora que descobri que tinha diabetes fiquei revoltado que negócio esse**. Eu fiquei bravo que diabetes nada. Diabetes não. Nunca ouvi falar disso!”

RC1:[..]**saia com os amigos, com as amigas e ia pra balada e tal, brincava com os colegas e bebia cerveja, comia o que era pra comer...**

Tendências de Comportamento

Ayres (2011) em seu trabalho de revisão sobre o percurso histórico da epidemiologia aponta para a operacionalização contemporânea desta ciência como um conjunto de saberes técnico-pragmáticos cujo processo constitutivo se pautou pela dinâmica político-econômica que marcou o desenvolvimento social principalmente a partir do século XX. A necessidade de domesticação dos determinantes do adoecimento junto à concepção de um processo de saúde-doença capaz de atuar sobre seus condicionantes encontrou no pensamento positivista a principal ferramenta de inferência causal, cuja expressão final tem alimentado a organização de uma cultura médica causal-controlista. Este fenômeno também encontra na própria dinâmica econômica o fundamento oculto de sua constituição, dado o deslocamento gradual dos condicionantes macrossociais para o nível individual, colocando este como responsável de seu bem-estar e, portanto, da aplicação progressiva de recursos materiais para a garantia do mesmo, estimulando assim o consumo de bens e serviços. Como consequência, ofuscam-se a subjetividade imanente ao adoecer humano e o fato de que os chamados comportamentos de risco estão relacionados à organização social que acaba por submeter diferentes classes a situações singulares de susceptibilidade ao adoecimento.

O mecanismo comportamental de resistência à ruptura da normalidade funcional caracteriza-se principalmente pela dificuldade em modificar a estética dos modos de vida. Tal fenômeno se relaciona ao achado de Tavares *et al* (2013) onde se demonstrou

significativa associação entre a baixa adesão ao tratamento naqueles indivíduos que apresentaram alguma limitação consequente a uma DCNT. Assim, verifica-se a necessidade de individualização das orientações biomédicas para que sua aplicação ocorra na menor tendência de modificação da normalidade funcional prévia ao diagnóstico da enfermidade. Desta maneira, a troca de saberes entre o profissional de saúde e o usuário é fundamental para atenuar o tensionamento resultante da aceitação da doença como restrição ao modo de vida, traduzida como dificuldade no controle dos desejos pessoais e na associação com diferentes estados emocionais.

RC2: [...]um café que **você não pode com um bolinho, um docinho... doença mais triste**[...]as dificuldades que vem e nós **somos nervosos e o diabético não pode ficar nervoso e se nós ficarmos agitado pode saber que já subiu!** A bichinha é ruim mesmo! Aí ela sobe do nada, **a ansiedade** também que isso aquilo[.]

elas falam pra tirar o pão. Aí eu falo gente, mas o pão é desse tamanho se eu tirar o miolo vou comer o que! Aí eu como só um por dia... um só e pronto!
se eu tiver com vontade de comer um bolo eu vou comer gente não vou morrer com vontade de comer aquilo

Medo de Morte Prematura ou Incapacidade

A constituição de experiências do adoecer frente à descoberta do estar diabético nos revelou que o processo de atribuição de significados está associado aos conhecimentos prévios sobre tal condição cujas fontes de saberes originam-se principalmente da vivência com familiares e/ou pessoas próximas portadoras da mesma condição.

Emerge, além do conformismo, a ambiguidade quanto à reacomodação dos modos de vida e medidas protetivas contra possíveis complicações conhecidas do DM. Assim, o medo destas complicações pode determinar o que chamamos de *behavior coping* ou comportamento de risco (ALMEIDA FILHO, 2004), não só representado pela perda em graus variados da autossuficiência do indivíduo, mas também na readequação do modo de vida para que promova continuamente seu autocuidado.

RC2:Eu tive assim meu tio que **amputou a perna o braço** depois eu fiquei tirando a conclusão eu tenho que **me controlar pra não chegar ao ponto que ele ficou** Tive **medo de ficar em cima de uma cama e precisar dos outros** pra cuidar de mim....**eu morro de medo disso**, eu já vi minha mãe em cima de uma cama precisando dos outros e dependendo de não querer fazer nada

RC1:A doença mesmo, agora eu fico feliz e fiquei feliz **e vou viver bastante** assim porque seu J é desde adolescência... então isso ajuda nós, porque ajuda assim ele tá ai contando a história dele e **já faz muitos anos que ele está lutando contra o diabetes...**

Perda da Autonomia

Segundo Kinoshita (1996), a autonomia representa a “capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Observa-se sob tal concepção que a perda da autonomia sobrevém da dificuldade de reorganização do modo de vida para a superação dos obstáculos inerentes à condição de portador de DM e se revela a partir da limitação e fixação das atividades diárias e laborais. Assim, pôde-se identificar que este fenômeno está vinculado ao tensionamento da normatividade vital pelo processo de adoecimento.

Nota-se que a rejeição inicial ao diagnóstico de DM, frequente na ausência de uma disfunção orgânica vivenciada, também se constitui mecanismo de preservação da autonomia, sendo que posteriormente a tendência comportamental se dará consoante a menor modificação possível do estilo de vida. Em Barsaglini (2011) esta tendência revela o gerenciamento que o indivíduo tem sobre o DM e, portanto, a adequação da terapêutica e dos saberes médicos ao modo de vida do mesmo, na contramão de uma perspectiva de aderência e obediência às prescrições médicas, muitas vezes materializadas como o grau de concordância comportamental dos usuários portadores de DM diante das orientações fornecidas.

Cecílio e Matsumoto (2006), ao propor uma taxonomia operacional das necessidades de saúde, colocam a questão da autonomia como norteadora de uma prática de assistência integral à saúde, cujo objetivo não seja apenas o restabelecimento de uma normalidade biológica, mas também a construção de sujeito ativos, capazes de gerir seu cuidado. Destarte, a operacionalização da autonomia neste cenário empírico está apartada na efetiva troca de saberes e experiências imanente ao contato dos

usuários portadores de DM e entre os profissionais de saúde, numa perspectiva de superação de uma atividade médico-centrada, capaz de construir mutuamente os planos de restabelecimento funcional, plausível ao modo de vida do usuário.

RC2: eu penso assim **não é que você não pode** comer aquilo você pode comer com moderação acho que **pra mim é isso que é comer com moderação é muito difícil você seguir uma regra** assim da diabetes a alimentação tudo certinho **te limita muito as coisas**

Pra mim não mudou muito porque **eu sempre gostei** de muita verdura e muita folha...sem problemas. Você me dando uma bacia de salada pra mim tá tudo bem Eu **sempre gostei de andar**, mas quando fiquei diabética aí eu intensifiquei mais você vê tudo e primeiro eu era bem jovem eu queria comer tudo e **podia comer tudo!** Tinha saúde! Até meus 40 anos...

Insatisfação no Controle Glicêmico

A reconstrução da potência de agir, ou do sentir-se saudável, representa esforço de readaptação à nova condição identificada, na dependência de como esta repercute nos modos de vida. Caracterizamos previamente que as tendências comportamentais, principalmente a aceitação e o sentimento de conformismo estão associados aos saberes previamente construídos pela relação dialética entre o indivíduo e a sociedade numa tentativa contínua de luta contra a perda do *self* e da normalidade funcional. Juntamente ao impacto inicial da ruptura biográfica, caracterizada pela exposição das necessidades biológicas, identificamos um movimento que busca a retomada do controle de si sobre a materialidade da doença, representada principalmente pelo controle glicêmico e pela retomada das funções intrínsecas aos singulares modos de vida. Desta maneira, o objetivo terapêutico adquire sentido representativo de reconstrução da independência do sujeito adoecido, onde este busca subverter a doença ao seu controle. Este fenômeno também se associa à frustração, quando o usuário não atinge o alvo glicêmico apesar do esforço mobilizado. Dessa maneira, evidenciamos também a tristeza e a negação da doença, o que por si adverte ao uso criterioso da estratégia de automonitoramento glicêmico, não se restringindo apenas aos desfechos terapêuticos (SIMON, 2008), mas também a própria experiência do adoecer.

RC1: Então a dificuldade **é tomar tanto remédio e não resolver nada**. Mas os médicos não têm culpa. É da doença mesmo...

eu não acredito que tem remédio pra diabetes porque **tudo que a medicina me ensina eu faço**. A metformina eu tomo de manhã, no almoço e no jantar, **não resolve nada, não baixa, a glicazida de manhã em jejum e no almoço, não resolve, a insulina não resolve...**

Repercussão na Rotina do Trabalho

O norte operacional das práticas integrals em saúde está fundamentado na identificação das necessidades de saúde. Emergem dentre tais necessidades aquelas associadas às boas condições de vida (CECILIO, MATSUMOTO, 2006). Juntam-se a tal perspectiva a concepção de saúde e o modelo de processo saúde-doença tomado como referencial para a operacionalização de uma práxis integral no contexto da Atenção Básica à Saúde. Em Ayres (2007) explora-se o caráter contrafático e multidimensional da saúde, não se explicando apenas como um estado de ausência de doença, mas como um complexo resultante de um modo de vida singular e funcional, cuja manutenção proporciona a reprodução social. Consoante tal concepção, temos o modelo etnoepidemiológico de Almeida-Filho (2004), que articula as representações sociais e o universo simbólico relativas ao adoecimento por uma DCNT junto aos mecanismos de organização socioeconômicos. Desta maneira, as boas condições de vida e as tendências comportamentais refletem a dinâmica das classes sociais e, portanto, inserem-se nos modos de vida dos portadores de DM.

A repercussão ocasionada pelo diagnóstico do DM reflete-se no potencial produtivo de uma dada normalidade funcional e como está contextualizada nos modos de produção de uma determinada classe social. Assim, a constituição multidimensional da experiência do adoecer por DM representa angústia relacionada às incertezas de manutenção da capacidade laborativa e até mesmo, na promoção do autocuidado, resultado de diferentes competências para o controle do DM.

RC2: diabetes atrapalha tudo **até pra arrumar emprego** você vai fazer um exame médico vai acusar que você tem diabetes. **A empresa não vai te aceitar, porque você sabe que outro dia você tem que faltar, pagar produção pra tomar o remédio**, isso atrapalha a vida do diabético...

Desta maneira, a representação simbólica do adoecer construída pelo usuário portador de DM acopla-se ao panorama de fragilização da saúde do trabalhador, das incertezas quanto ao comprometimento da normalidade funcional e da promoção do autocuidado necessário para o controle da doença.

Assim, as necessidades de saúde que acompanham os usuários que estão sob regime de insulinização e a repercussão sobre os modos de vida e na produtividade laboral contribuem para a construção do processo de adoecimento do Ser diabético em uso de insulina como sujeito fragilizado e subvertido pela doença.

5.1.2 O Adoecer e o Protocolo de Tratamento

A observação das necessidades de saúde dos usuários de insulina se associou aos saberes mobilizados para promoção do autocuidado (CYRINO, 2005). A constituição de experiências do adoecer mostrou-se fundamental na percepção do adoecer como conjunto de obstáculos ao viver a vida. Nesse segundo bloco, objetivou-se identificar as experiências relacionadas ao manejo e controle do DM, e como o sujeito adoecido interage com novos modos de vida. As dificuldades e facilidades na superação dos obstáculos são importantes saberes para a composição de estratégias de resposta integral às necessidades identificadas.

Quadro 3 - Categorias do segundo bloco temático reveladas após análise de conteúdo nas duas rodas de conversa, 2018

Roda de conversa 1	Roda de conversa 2
Construção do plano terapêutico	Construção do plano terapêutico
Competência cultural do profissional de saúde	Competência cultural do profissional de saúde
Rede de apoio social	Rede de apoio social
Características farmacológicas	Características farmacológicas
Manejo da aplicação de insulina	Manejo da aplicação de insulina
	Aderência ao tratamento

Fonte: O autor.

Construção do Plano Terapêutico

A aproximação de uma prática integral capaz de responder às necessidades de saúde da comunidade tem como requisito fundamental a implementação de um plano terapêutico plausível para a singularidade do adoecer caracterizado no contexto socioeconômico-cultural de cada indivíduo portador de DM. Como parte integrante da Medicina Centrada na Pessoa, a construção de um projeto terapêutico deve ser preferencialmente compartilhada na medida em que o usuário e o profissional de saúde consigam eleger prioridades comuns (STEWART,2014) e compreender as orientações referentes ao restabelecimento da normalidade funcional e superação dos obstáculos ao viver a vida. Assim como o estudo de Tavares *et al* (2013), observamos a importância da compreensão das orientações recebidas bem como da sua capacidade em tornar-se concreta e inteligível com os modos de vida dos usuários de saúde.

RC1: [médica] ela falava “não tem problema **pode comer de tudo**” e eu enchia a marmita... aí eu comia de tudo e não podia comer e a médica não tava nem aí. Falava -Doutora e que que posso beber? - ela falava você pode beber tudo, **mas pouco. Não pode beber muito**. Falei se eu posso beber pouco, então vou beber guaraná cerveja.

Assim **falta de orientação** de alguém, pra orientação porque **as vezes o que a pessoa mais precisa é de orientação alguém que oriente e explique direito porque tudo vai do jeito que a pessoa fala** né ela tem que **falar de um jeito que o outro entende**

RC2:Quando falou pra mim que eu tinha que tomar falei não vou tomar não ainda mais quando **o médico falou que a insulina era hormônio e eu podia engordar mais**

Associado ao fenômeno do adoecimento, a ruptura do *self* participa da perda do sentir-se apto ao viver. A essa perda de potência e de realização das satisfações pessoais, significadas pelos coletivos humanos como adoecimento, soma-se a submissão do Ser frente ao estado adoecido. A perda de autonomia resultante pode comprometer o mecanismo de racionalização necessário para a retomada dos modos de vida. À experiência do adoecer associa-se a passividade historicamente construída por uma medicina paternalista, baseada numa colonização histórica de saberes técnico-

científicos, dificultando a troca de saberes necessárias para a construção compartilhada do tratamento, na perspectiva de uma prática de fusão de horizontes (AYRES, 2007). Assim, verificamos duas principais tendências: a primeira caracterizada pela obediência aos ditames científicos e passividade absoluta, cujos saberes técnicos são dogmatizados pelos usuários; e uma segunda caracterizada pela negação do plano terapêutico e interpretada como falta de aderência pelos profissionais de saúde.

RC1: [...] é muito **bom a senhora obedecer, porque se não obedecer fica pior**[...]

eu que **vou procurando entender na medicina ali** e colocar nas minhas orações que eu tenho que tomar aquilo, que eu tenho que obedecer, que **se eu não obedecer é pior pra mim, então eu procuro obedecer ao médico tudo direitinho**

RC2: Os próprios médicos *falaram* você decide ou vai tomar os medicamentos nesse horário, lá no posto mesmo, tinha os médicos **ou você toma os remédios na hora certa ou vai tomar suas cachaças**

Eu mudei muito. Me ajudou a mudar foram os próprios médicos né as orientações

Em se tratando do fenômeno da aderência à prescrição do profissional de saúde, identifica-se uma interação multifatorial complexa que determina a compatibilidade do padrão comportamental com o seguimento terapêutico. Em concordância com a necessidade de se estabelecer um plano compartilhado, compreensível e inserido no contexto sociocultural do usuário da Atenção Básica, Tavares *et al* (2013), em inquérito nacional domiciliar utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, evidenciaram a baixa adesão ao tratamento nos indivíduos com menor escolaridade, ao custo dos medicamentos, à quantidade de medicamentos e aos seus efeitos adversos. Entretanto, a aderência como fenômeno comportamental, e, portanto, carregado de uma potência dialógica do homem com a sociedade, apresenta configurações que extrapolam a inferência da objetividade estatística. Neste excerto, observa-se o interesse singular na adaptação dos saberes prescritos, essencialmente técnico-instrumentais, que permeiam o uso de insulina, diante dos modos de vida e do simbolismo que a doença tem no cotidiano de cada sujeito portador de DM. O resultado desse processo deve ser considerado pelo profissional de

saúde, haja vista se incorrer o potencial risco de rotular-se como falta de aderência a divergência entre diferentes saberes e suas aplicações.

RC2: às vezes eu tenho dúvida aí eu pergunto pro médico, né. Porque hoje em dia o médico já escreve já com letra que a gente entende um pouco. Mas **antigamente você era omissa**, o médico fazia um rabisco assim carimbava toma você se vira

Competência Cultural do Profissional de Saúde

A compreensão do contexto cultural representa a consideração das características coletivas e singulares imanentes à constituição da experiência do adoecimento e da restituição da biografia após a descoberta da condição de portador de DM. Em Almeida-Filho (2004) a concepção etnoepidemiológica do processo saúde-doença tem no modo de vida disposições dialógicas com o contexto cultural, resultante do condicionamento de signos e significados que a sociedade imputa ao indivíduo. Entretanto, não se restringindo à dimensão objetiva e ao determinismo do social sobre o singular, a construção teórica de Pierre Bourdieu sobre o *habitus* possibilita entendermos que a modulação das ações e pensamentos individuais se faz por meio de configurações dinâmicas, mutuamente condicionadas, entre o sujeito e a sociedade (SETTON, 2002).

A prática integral, necessariamente próxima da dimensão relacional do adoecimento, caminha na contramão da hegemonia de saberes técnico-instrumentais, cujas ações pautam-se pela natureza física do adoecimento. Muito embora tal estratégia seja necessária para uma prática assistencial centrada na pessoa, verifica-se no imaginário social a primazia dos saberes técnicos, biomédicos, sobre aqueles provenientes da práxis do viver a vida.

RC1: senhora **tem muitas pessoas do pessoal antigo** né que vive assim no interior aí eles explicam pra gente, ó água de pepino é bom, água de chuchu é bom, toma isso toma aquilo
E as vezes a gente comenta isso pro especialista e **eu acho que na opinião deles que esses remédios não resolvem nada. Resolve remédio deles, da medicina, que é o que resolve**

Portanto, é na perspectiva de fusão de horizontes a partir de uma conjuntura dialógica entre profissional e usuário (AYRES, 2001) que diferentes saberes são mobilizados para a ressignificação do viver a vida e superação dos obstáculos aos modos de vida. Observamos anteriormente que a postura de passividade frente aos saberes científicos e a falta de uma troca de saberes entre profissional e usuário acarretam dificuldades no controle da doença e perpetuação do sentir-se adoecido perante o estar diabético.

Como norte operacional desse atributo derivativo que se constitui a prática do profissional e saúde em considerar o contexto cultural, Starfield (2002) coloca sua vinculação com a dimensão da integralidade da assistência, reiterando a necessidade da troca de saberes e da organização dos serviços a fim de facilitar a compreensão das necessidades de saúde.

Aproximando-se dos achados do estudo transversal realizado por Tavares *et al.* (2013), tem-se aqui a baixa adesão aos medicamentos não disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde. Tal achado reforça a necessidade de compreensão das características econômicas que caracterizam a comunidade assistida nos diferentes cenários assistenciais do território brasileiro.

RC2: [...] e me passou um monte de médico **pra comprar um absurdo!** Agora teve um médico que eu fui passar no vascular ele é espontâneo assim bem legal e ai eu gostei e ele foi me passar uma **meia muito cara pra comprar aí não deu....**

Rede de Apoio Social

O ser humano é por excelência um ser sociável. A possibilidade de estabelecer relações entre si permite o compartilhamento de experiências sendo, pois, importante ferramenta de elaboração cultural e ressignificação do processo de adoecimento. Em Kinoshita (1996), vemos que autonomia está vinculada às relações sociais capazes de empoderar o sujeito para o enfrentamento dos obstáculos ao viver a vida. Destarte, é comum a mobilização social do sujeito adoecido para a retomada de seu modo de vida, sendo frequentemente acionados familiares e pessoas integrantes do seu campo social.

Em se tratando dessa rede de apoio e convergindo aos achados de Cyrino (2005), tem-se aqui papel ambíguo em como esta atua frente às necessidades de saúde dos portadores de DM em uso de insulina, caracterizada ora pelo apoio técnico à administração e vigilância sobre as práticas de autocuidado, ora negligenciando a doença e as limitações impostas pelo regime terapêutico.

RC1: é **importante esse apoio, essa força**, essas coisas.... Meu marido não é diabético, mas **tá ali junto comigo** minha irmã e minha mãe ficam doidinha minha mãe fica vem pra cá que eu quero **tomar conta de você** minha irmã do mesmo jeito
 RC2: Minha família **não ajuda nada** se depender deles eles empurram mais doce

Ao considerar as necessidades de construção de sujeitos ativos na promoção do autocuidado (CECILIO, MATSUMOTO, 2006) e a mobilização de diferentes saberes para a superação dos obstáculos ao viver a vida, temos em Bourdieu (apud Montagner, 2006) que o comportamento reflete uma estratégia singular de adaptação às mudanças do corpo vivido e conseqüentemente dos modos de vida. A importância da rede de apoio social surge, portanto, como ferramenta auxiliar no enfrentamento da doença e deve ser considerada como recurso primordial para o cuidado centrado na pessoa e assim consolidar uma práxis integral do cuidado em saúde. Neste contexto, a competência cultural junto aos atributos de uma prática norteada pelos saberes e vínculos comunitários faz da Unidade Básica de Saúde espaço privilegiado para a tratativa de mobilização de uma rede de apoio social e aprimoramento continuado da oferta de serviços consoante as necessidades de saúde da população.

Características Farmacológicas

O seguimento e a escolha do regime terapêutico pelos usuários portadores de DM estão relacionados à percepção do agir medicamentoso sobre o organismo. Tal fenômeno constitui uma fonte de saber prático, a partir dos sintomas e sinais clínicos que vão balizar a posologia e atestar a necessidade do uso de medicamentos frente às indicações médicas. Essa postura crítica e reflexiva desloca o sujeito adoecido de sua

passividade, também idealizada pelos profissionais de saúde (BARSAGLINI, 2011). A aproximação de uma prática integral, centrada na pessoa, deve considerar as expectativas e ideias que os diabéticos em uso de insulina apresentam sobre o regime terapêutico (STEWART, 2014). Aqui, identificamos os efeitos farmacológicos, principalmente o poder hipoglicemiante, como atributos fundamentais para a escolha do tratamento insulínico e principalmente atribuído ao fenômeno de aderência ao regime terapêutico. Desta maneira revela-se que a experiência do adoecimento está vinculada às repercussões que a doença tem sobre o corpo vivido, *i.e.*, a retomada dos limites do *self* biológico, devem ser percebidas e atribuídas como resultados às modificações do modo de vida para o controle da doença crônica.

RC1: Então pra mim tomei e quando for duas horas **ela faz efeito!** Se tiver baixa **já começa a dar aquela suadeira**, corro lá como então porque **dá aquele suor ela tá baixa** então eu vou lá e como alguma coisa

Eu pedi insulina porque o comprimido aquela história tem **um que faz efeito e outros não e aquele pequeno que só me fazia mal** agora eu tomo a metformina a insulina e pra mim tá tudo bem eu vejo que tá fazendo efeito o comprimido não via

RC2: A metformina **não adianta nada!**

tomo o hidroclorotiazida **porque eu vou no banheiro** então isso aí sim... tiazida como chama meu marido é bom

eu já fiz de tudo, Cipó-Cruz também, **mas não resolve não** daqui a pouco você já tá cheia de diabetes de novo!

Manejo do Uso de Insulina

O uso de insulina tem consigo um conjunto de saberes que traduzem uma racionalidade técnica instituída sob a forma de regras para os indivíduos portadores de DM. Entretanto, a mediação entre o saber e o fazer, aprofundada na tese de doutorado de Cyrino (2005), demonstra a complexidade da incorporação de um conjunto de conhecimentos técnicos e instrumentais estranhos aos usuários para o gerenciamento do DM. Em Campos (2011) retoma-se a importância do pensar na racionalidade da práxis, adequando-se os diferentes saberes às singularidades inerentes aos modos de vida.

O controle das necessidades biológicas, materializadas pelas sensações do corpo vivido, repercute na normatividade vital dos indivíduos e, portanto, observamos no uso de insulina resistência inicial à sua indicação. Barsaglini (2011), em estudo antropológico do adoecer por DM, apresenta o constrangimento de indivíduos ao administrar insulina em espaços públicos, principalmente na necessidade de portar seringas, revelando a dependência do sujeito e sua submissão perante o estado de portador de DM. Associado ao uso de insulina está o medo do uso de agulha e, portanto, de um tratamento doloroso, que adquire características punitivas, bem como da sua indicação clínica quando da presença de uma forma grave da doença, resultante de um controle glicêmico ineficaz que significa em última instância falha nas competências requeridas para o autocuidado (CYRINO,2005).

RC2: Eu **relutei bastante**... Não vou mentir ela falava assim vamos tomar insulina eu falava não, **não vou tomar** era igual minha mãe falava nunca vou tomar isso na vida eu sou que nem ela

Eu também **não queria tomar não no começo não queria tomar picada eu tinha um medo da agulha tinha medo da picada da agulha** tinha um medo falei não doutor vou tomar os comprimidos direitinhos ai tudo bem

RC1: Tinha **medo de doer**...

RC1: **Medo da dor** e da agulha...

RC1: É uma coisa que **não dói**.

Meu marido ainda não tá tomando mas ele vai precisar porque a doutora L falou assim que tem que ver ele pra poder passar a insulina porque **tá muito alta agora a dele direto agora ele tem que fazer isso..**

RC1:A metformina! Só uma ou duas vezes?

RC1: Duas vezes, mas eu tomo só uma...

RC1: **Porque o dela tá fraquinho**, tá bom então.

A tendência no seguimento medicamentoso, assim como das demais orientações comportamentais, acompanhará o menor esforço de modificação da normalidade funcional dos usuários portadores de DM. Assim, características como o tipo de aplicador da insulina emergiram nas rodas de conversa e guardam sua representatividade com a facilidade do uso diário como transporte e armazenamento, e preservam, desta maneira, a independência e os limites do *self* do indivíduo em poder usá-la conforme suas necessidades. A facilidade do uso do aplicador diante das necessidades em manter os modos de vida dos sujeitos adoecidos associada à desmistificação dolorosa que o uso

de agulha apresenta podem se constituir elementos fundamentais na abordagem integral destes indivíduos.

RC2: Eu acho a **caneta mais fácil**... Eu conheço porque eu ganhei da minha médica uma, mas nunca mais achei a insulina pra usar na caneta. **Era bem mais fácil você mede ali na caneta e aplica**

As relações sociais baseadas na identidade de uma necessidade biológica permitem revelar uma troca de saberes com significativa potência assistencial, com vistas ao processo de ressignificação do simbolismo doloroso e punitivo que o uso de seringas para aplicação de insulina traz consigo. Esse processo dialógico revela a dimensão coletiva e compartilhada do adoecer, sendo facilitado pela proximidade das posições sociais ocupadas pelos usuários dos serviços de Atenção Básica à Saúde.

Junto ao fenômeno de ressignificação, que norteará a constituição de diferentes experiências do adoecer, encontra-se que os vínculos sociais estabelecidos são poderosos construtores de sujeitos ativos em proporcionar seu autocuidado, com vistas à retomada da autonomia dos portadores de DM.

RC2: foi **minha vizinha pediu ajuda pra aplica a insulina** em mim eu disse eu aplicar insulina na senhora ela falou é meu braço é meio curvado aí mediu o diabetes ela falou assim quer tomar insulina eu falei o médico queria passar insulina pra mim **aí ela veio assim e aplicou em mim e não doeu mão leve aí com isso me fez perder o medo**

O impacto sobre a normatividade vital após a indicação do uso de insulina evidencia-se quando considerados os insumos necessários para sua administração, não se resumindo apenas aos saberes mobilizados para o autocuidado, mas também à adaptação requerida no cotidiano para manter o seguimento medicamentoso. Barsaglini (2011) observou o constrangimento decorrente da administração de insulina em espaços públicos, condição esta que expõe uma necessidade biológica e representa o estado de dependência em relação a uma medicação para garantir a sobrevivência. O conflito resultante da necessidade de autocuidado e da manutenção da estética do viver contribui para a perda da independência e do sentir-se apto ao viver.

RC2: [insulina] Ela **não pode ficar fora da geladeira se eu for viajar** por exemplo pra Indaiatuba, ou Campinas, aí tem que colocar num isopor, tem que levar aquele negócio, aquele gelo, eu tenho aquilo, né, então **tenho tudo programadinho** já; aí tem que colocar, mas aquele gelo também derrete rápido.. E a insulina **que não pode passar de três horas...**

RC1: [..]seria bom que nós, como ele falou, para mais ingerir, tomar um comprimido ou gotas, seria bom que isso acontecesse. Mas é **muito dificultoso tomar insulina é chato...é chato**

[...]agora você **sai de casa o você tem que levar tirinha, tem que levar algodão, tem que levar álcool, tem que levar o kit!**

Ressalta-se que não apenas o uso de insulina está envolvido com a percepção de um tratamento doloroso e restritivo da funcionalidade diária, mas também o automonitoramento glicêmico. Assim, em consonância ao estudo de Simon (2008), o AMG deve ser indicado criteriosamente, haja vista estar associado ao processo inicial de adoecimento por DM, ao submeter o modo de vida do indivíduo a uma necessidade biológica.

RC2: [...]esse dedinho inflamou não sei o que foi que eu fiz com minha **agonia por causa que dói** dá aquela **picadinha chega até dar um sustinho** na gente!

Observa-se fenômeno semelhante com os locais de aplicação de insulina, sendo estes preferidos conforme a capacidade de autoadministração e com a menor percepção dolorosa, sendo tais saberes adaptações das orientações técnicas, reiterando a importância do bem-estar sobre o controle da doença.

RC2: você pega na coxa logo acima do joelho faz uma barriguinha, aí você aplica bem devagar porque se caso **pegar no nervo alguma coisa assim você não força** né vai bem devagarzinho, mas **eu prefiro aplicar na barriga porque na barriga tem mais carne, né**
eu aplico todo dia num lugar só porque no outro vai doer
Eu acho difícil fazer na perna ou eu mesmo aplicar no músculo

Desta maneira, assim como o fenômeno de saúde, o processo de adoecer é construído diariamente por sobre as necessidades singulares de cada sujeito portador de DM. Assim, compreender os modos de vida é fundamental para a construção de sujeitos autônomos em promover o autocuidado, verificando-se que o sucesso no seguimento do protocolo terapêutico deve estar acompanhado da menor modificação possível dos

modos de vida prévios ao diagnóstico, sendo, pois, a preservação do bem-estar e das representações do adoecer fundamentais para o sucesso prático do tratamento.

Aderência ao Tratamento Insulínico

O fenômeno de aderência às prescrições profissionais é complexo, multidimensional e historicamente encontra-se apartado na concepção hegemônica dos saberes técnico-instrumentais sobre aqueles advindos das experiências cotidianas do viver a vida (AYRES, 2011). Sob a concepção da troca de saberes e do paradoxo resultante da obediência e passividade dos usuários, identificamos que a presença de sintomas e complicações do DM corroboram a percepção de que se faz necessário o tratamento com insulina e fundamenta o posicionamento do indivíduo sobre como controlar o diabetes, materializando a necessidade de um novo gerenciamento do modo de vida.

RC1: ele falou da insulina eu disse que não ia tomar **só que aí começou a dar umas coisas piores aí eu tive que entrar na insulina.** o medicamento tomar na hora certa né coisa que eu não fazia, eu não fazia isso aí né depois **que eu vim me complicar minha visão tá ruim** ne eu não enxergo nada ponho o óculos do mesmo jeito embaça **aí depois que eu depois comecei tomar o remédio na hora certa controlei o diabetes**

5.1.3 O adoecer e os Serviços de Saúde

Atribuindo-se à prática médica um cuidado centrado na pessoa, sob as dimensões da integralidade em saúde, temos que a identificação das necessidades de saúde dos usuários de insulina está relacionada às características do suporte e da oferta de serviços em saúde no contexto da Atenção Básica (CECILIO, MATSUMOTO, 2006). O atributo desse conjunto de serviços em saúde de se constituir o primeiro contato preferencial com a população associada à organização sob a concepção de vigilância em saúde tem como fundamento a compreensão e a resposta às necessidades de saúde colocadas frente à Unidade Básica de Saúde e como o processo de trabalho está organizado para atendê-

las em sua complexidade, aproximando-se de uma assistência integral e equitativa em saúde.

Quadro 4 - Categorias do terceiro bloco temático reveladas após análise de conteúdo nas duas rodas de conversa, 2018

Roda de conversa 1	Roda de conversa 2
Vínculo profissional-usuário	Vínculo profissional-usuário
Processo de trabalho da UBS	Processo de trabalho da UBS
Qualidade do PAMG	Qualidade do PAMG
Integralidade na Rede de Atenção Saúde	
Adscrição de clientela	
Recurso de escuta	

Fonte: O autor.

O Vínculo com o Profissional de Saúde

Neste bloco temático revelou-se fundamental a identificação das demandas de saúde em seu contexto de aparecimento pelos profissionais prescritores. Considerando-se o cuidado integral em saúde como uma rede de significados construídos continuamente a partir da troca de saberes entre profissionais e usuários do serviço (MATTOS,2009), tem-se que a relação médico-paciente é fundamental para o estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde (GRABOIS, 2009). A Medicina Centrada na Pessoa nos revela que a atitude do profissional durante o encontro de subjetividades é fundamental para a troca efetiva de saberes e posterior compartilhamento do plano terapêutico. Recursos utilizados na consulta clínica como a capacidade do profissional em proceder a escuta ativa, contextualizar demandas e dificuldades do usuário compreendendo seu contexto sociocultural se mostraram facilitadores do vínculo entre profissional e usuário do serviço de saúde (STEWART, 2014).

Como importante dimensão do processo de vinculação ao serviço de saúde, a gestão da clínica está diretamente associada à experiência de cuidado do usuário (GRABOIS, 2009). O processo de comunicação intrínseco ao encontro de subjetividades e, portanto, à organização do cuidado em saúde, relaciona-se à *hexis* corporal do

profissional de saúde, continuamente construída pelo processo formativo médico, cujo contexto atual privilegia as racionalidades técnico-instrumentais, prescindindo da dimensão relacional da prática médica. Destarte, evidencia-se a dificuldade de estabelecer o vínculo no âmbito da Atenção Básica, cujas características operacionais devem estar subsidiadas por um modelo etnoepidemiológico de saúde-doença com vistas às ações integrais em saúde e que considere a experiência de cuidado e o simbolismo que o profissional tem perante o indivíduo adoecido. Assim, para tal experiência se consolidar na perspectiva de troca de saberes, faz-se necessário o aprimoramento das habilidades de comunicação do profissional de saúde para que as relações sociais ali estabelecidas sejam facilitadoras da compreensão do adoecer e da sua resignificação como mecanismo de superação aos obstáculos ao viver a vida.

RC1: [...]ela me abraçava **me dava atenção**[...]

[...]tem outra que **não estava nem aí**, ela não estava nem aí era como não sei era **desorganizada a mente dela**, porque **a gente percebe psicologicamente** quem for inteligente eu acho que é mais inteligente que o médico.

Isso faz diferença a gente sai feliz da vida sai flutuando, o médico tratou a gente bem a doutora foi tão legal ela foi tão legal comigo

[...]eu passei por pouco tempo um médico ele era bem jovem né mais novo que eu conversando eu estou com isso e **ele com a caneta na boca e ele não estava nem olhando pra mim**, **aí** falou da licença que eu vô no banheiro. Falei tá bom vai lá. Ele demora volta e eu falando e ele *uhum, uhum, uhum*, o médico não fala nada!!!

Conforme observado anteriormente, elementos provenientes das dimensões verbal e não-verbal relacionam-se à confiabilidade dos usuários no profissional e à experiência de cuidado. Aspectos da comunicação não-verbal como a postura adotada e atitudes gestuais (cinésica); o uso do ambiente clínico a favor da proximidade do sujeito assistido (proxêmica) e por fim o toque (tacésica), facilitador do processo de empatia e, portanto, de uma relação médico-paciente satisfatória (RAMOS, BORTAGARAI, 2012). Juntos, esses componentes podem traduzir a *hexis* corporal do profissional de saúde e devem ser, portanto, continuamente aprimorados para o sucesso prático da assistência integral à saúde. Tal fenômeno tem sido explorado nos mecanismos de construção de uma práxis assistencial humanizada, facilitadora da compreensão do processo de adoecimento, dado o processo relacional imanente ao encontro de subjetividades no

trabalho em saúde. Na abordagem do vínculo, matéria-prima do cuidado integral em saúde, Silverman, Kurtz e Draper (2013) demonstram a importância da atitude profissional com vistas à linguagem não-verbal, traduzida na forma de posturas, olhares, dinâmica gestual, controle do ambiente clínico como fundamentais para a construção do cuidado centrado na pessoa.

Se temos na dimensão relacional importantes pistas para o aprofundamento das habilidades de comunicação do profissional de saúde para um cuidado integral e centrado na pessoa, observamos que diante de uma organização do processo de trabalho caracterizada por agenda programática fixa associada à significativa pressão assistencial, cenário este comum aos espaços urbanos de serviços da ABS, a importância da gestão do cuidado compartilhado com o usuário do serviço.

RC2: eu descobri que o médico que o senhor como médico, né, **tem ali o tempo da prefeitura** que trabalha na UBS eles têm **um tempo e um horário se é vinte minutos pra ficar com paciente** então eles têm um horário pra ficar com paciente então eles têm que despachar nós pra entrar outro paciente mas isso também já é tudo, **descobri isso pra não forçar nada**

Em se tratando do Programa de Automonitoramento Glicêmico, os profissionais responsáveis pelo setor farmacêutico são rotineiramente questionados sobre a disponibilidade de insumos e medicamentos. Pôde-se observar como dificuldade enfrentada pelos usuários a divergência de informações entre os profissionais que compõem o quadro assistencial da Unidade, o que dificulta o estabelecimento do vínculo e a confiabilidade das informações provenientes do corpo assistencial do equipamento de saúde.

RC1: **peçoal fala esse remédio não tem, esse remédio não tem, aí tem outra pessoa atrás de você e tem o remédio!** Para mim a pessoa é escolhida ali, parece que a pessoa que vai pegar é parente do farmacêutico, pra mim ele dá e pro outro ele fala que não tem

O cenário médico assistencial caracterizado pela incorporação crescente de recursos diagnósticos no processo de decisão clínica tem se refletido na prática assistencial contribuindo para a percepção do cuidado integral aquele em que tais

recursos são utilizados. Barsaglini (2011) demonstra que tal fenômeno vem acompanhado da necessidade de materializar o adoecer pelo sujeito portador de DM, com vistas a objetivar a normalidade biológica do organismo. Esse recurso diagnóstico complementar, portanto, interage didaticamente com o próprio portador de DM.

Muito embora seja rotineiramente solicitado pelos usuários dos serviços de saúde, a utilização progressiva de recursos diagnósticos complementares resulta de um modelo explicativo do processo saúde-doença baseado no pragmatismo científico adotado na formação médica. O vínculo profissional, portanto, será subsidiado por uma relação de confiança cuja legitimação da assistência encontra-se traduzida no solicitar exames, na dependência das ferramentas utilizadas na prática artesanal que caracteriza a clínica e o cuidado centrado na pessoa (BARSAGLINI, 2011).

RC2: outra médica, **boa mesmo, e ela pediu pra fazer outro exame** dois litros de urina, deu infecção e eu fui pegar o outro cinco dias depois e tomei o remédio e estou melhor
porque a médica ela dava só um remedinho besta mandava embora pra casa **não fazia exame de sangue, não fazia nada**

Tem-se no cuidado integral a capacidade de identificar como necessidades de saúde todas as demandas reconhecidas pelo profissional e que se revelam no processo de resignificação dos modos de viver a vida e superação dos obstáculos ao viver (MATTOS, 2009). Este mecanismo dialógico de reconhecimento celebra o fato da experiência do adoecimento tornar-se inteligível a partir da troca de saberes entre o portador de DM e o profissional de saúde. Cabe ressaltar que, assim como o fenômeno multidimensional e inacabado que caracteriza a saúde, o adoecer por uma doença crônica também segue a mesma lógica, sendo, pois, sua compreensão um fenômeno constantemente construído na continuidade da assistência. Assim, e tomando-se como condição imprescindível o cuidado continuado com o equipamento de saúde, evidencia-se a necessidade de permanência de profissionais que assistem aos doentes nas Unidades de Saúde. O comprometimento do cuidado integral surge no contexto da alta rotatividade profissional na Atenção Básica do município de São Paulo prejudicando o vínculo estabelecido para a consolidação de uma prática de cuidado centrada na pessoa.

Assim, identificam-se como necessárias as políticas públicas voltadas à fixação de profissionais neste cenário, que tem como assertiva de cuidado o vínculo com a população assistida.

RC2: Eu **acho médico aí é difícil**. Quando a gente **tá se acostumando** com a médica **ela vai embora...**

Porque **médico aí não para** principalmente na equipe Azul... Não para médico...e a gente que pega insulina e diabético precisa dos remédios você vai procurar o médico a não tem médico

Desde quando inaugurou esse posto **já mudou mais de dez médicos...**

Processo de Trabalho da Equipe Estratégia Saúde da Família

A resposta integral às necessidades de saúde tem como pressuposto a capacidade de compreensão do que se é colocado como demanda de saúde e a mobilização de diferentes saberes para que tal resposta seja eficaz, célere e resolutiva. A atividade direcionada a um fim, caracterizada ultimamente pela resposta integral às necessidades de saúde, constitui uma dimensão do que entendemos como trabalho em saúde. Muito embora tenhamos nessa atividade a mobilização de diferentes saberes e instrumentais para tal finalidade, o objeto a ser trabalhado, aqui entendido como as necessidades de saúde caracterizadas, não se encontra aparente e caracterizável por natureza. Precisa, pois, ser vislumbrado como matéria-prima passível de modificação e valoração social e/ou econômica. Portanto, o trabalho em saúde é intersubjetivo, haja vista que tal atividade é dependente da perícia do profissional de saúde em constituir um processo dialógico (idealmente uma *fusão de horizontes*) suficiente para a compreensão das necessidades de saúde, bem como da forma com que o equipamento de saúde organiza a carteira de serviços, determinando reciprocamente tal objeto (MENDES-GONÇALVES apud PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

Na Atenção Básica a complexidade decorre principalmente do equipamento de saúde constituir-se em porta de entrada e primeiro contato à Rede de Atenção e conseqüentemente aproximar-se da pluralidade de expressões do adoecer humano. Tal singularidade constitui um objeto de trabalho multifacetado, polissêmico que exige

competência apurada do profissional para o vislumbre da resposta integral às reais necessidades de saúde, sendo, pois, imprescindível uma prática de cuidado centrada na pessoa.

A primeira dificuldade encontrada pelos usuários do PAMG se refere à acessibilidade aos serviços de saúde e a necessidade de continuidade do cuidado com o mesmo profissional de saúde. Podemos elencar fatores associados ao uso dos serviços de saúde como a complexidade das próprias demandas colocadas; características intrínsecas aos usuários como o nível socioeconômico; características dos profissionais de saúde, como experiência e especialidade e no tocante à organização do trabalho, incluindo recursos disponíveis e sua oferta e finalmente as políticas de saúde (financiamento, distribuição e controle de recursos). A acessibilidade, portanto, emerge da capacidade de realizar um trabalho integral em saúde e o acesso nos remete à ideia de limitações e potencialidades no uso propriamente dito dos serviços de saúde (TRAVASSOS, 2004).

Identificamos nas rodas de conversa limitações à acessibilidade e ao acesso dos serviços de saúde decorrente da rotatividade dos profissionais prescritores e no modelo de agenda programática implantada no município de São Paulo, cuja expressão final se dá pela dificuldade de escuta qualificada independente do agendamento eletivo de consulta clínica. Da mesma maneira, observamos o reflexo dos modelos de produção social e econômica, haja vista a pouca mobilidade desses usuários, pertencentes à classe dominada que constitui o proletariado. A constituição de uma agenda flexibilizada é fundamental para constituição da Unidade de Saúde como equipamento “*ultra-moderno*”, cuja plasticidade¹ operacional deve estar consoante às necessidades sociais, culturais e econômicas dos usuários do sistema de saúde (SCHRAIBER, MENDES-GONCALVES, 2000).

RC2: Demora **sete meses pra passar em consulta** de novo! A **agenda está lotada!**

¹ Termo citado pelo professor e ex-ministro da Saúde Dr.Arthur Chioro no encontro de preceptores da Universidade Federal de São Paulo sobre os aspectos da prática integral na Atenção Básica à Saúde

Eu acho **médico aí é difícil**. Quando a gente tá se acostumando com a médica ela vai embora...

Porque **médico aí não para...** principalmente na Equipe Azul... Não para médico...e a gente que pega insulina e diabético precisa dos remédios **você vai procurar o médico a não tem médico**

Desde quando inaugurou esse posto **já mudou mais de dez médicos...**

RC1: Porque assim eu passo com você hoje aí daqui três meses eu vou passar é outro médico aí **o que você me falou o outro médico já volta atrás e aí começa tudo de novo o certo era continuar...**

Porque é difícil você perder um dia de serviço pra ir lá no posto...

Se o fenômeno da rotatividade dos profissionais prescritores é nefasta às ações integrais em saúde por comprometer diretamente o vínculo com a Unidade de Saúde e por si reflete a insuficiência de políticas públicas voltadas à fixação de profissionais na Atenção Básica, observamos que a divergência de informações entre aqueles que compõem o PAMG contribui para o desgaste com os serviços de saúde e comprometem a percepção sobre a resolutividade do sistema. Na avaliação da integralidade do processo de cuidar de pessoas com DM no município de Feira de Santana, Bastos em 2008 mostrou que a convergência de informações facilita o acesso aos serviços de saúde e, portanto, se reflete no vínculo com o equipamento de saúde. Assim, o setor farmacêutico apresenta funções simbólicas comunitárias que estão além do universo medicamentoso, sendo necessário a adoção de um discurso profissional coletivo na Unidade de Saúde capaz de articular os diferentes setores assistenciais que compõem o quadro do PAMG

RC1:[...]esse remédio não tem, esse remédio não tem, aí tem outra pessoa atrás de você e tem o remédio! Para mim a pessoa é escolhida ali, parece que a pessoa que vai pegar é parente do farmacêutico, **pra mim ele dá e pro outro ele fala que não tem**

Identificamos no simbolismo assistencial idealizado pelos portadores de DM a representatividade do saber médico diante dos demais profissionais que compõem o quadro operacional do PAMG, reiterando a prática historicamente construída centrada neste profissional e conseqüentemente dificultando a divisão do processo de trabalho na equipe Estratégia Saúde da Família.

RC2: Isso pra nós que depende do posto **é ruim aí nós acabamos sendo atendidos pelos enfermeiros**. Tem gente que não aceita...Ela é uma enfermeira **estudou pra enfermeira não estudou pra médica tem uma certa experiência** né muitas coisas que elas fazem tá certo, **mas nem todo mundo entende aí acaba que não aceita ela se intrometer com a gente**

Nas rodas de conversa, identificamos como eixo técnico fundamental a desorganização do fluxo informacional entre os diversos profissionais atuantes na UBS e o impacto que tal obstáculo toma frente à percepção dos usuários da Unidade de Saúde, cujo resultado se mostra no comprometimento do vínculo profissional e na utilização do equipamento como recurso terapêutico preferível da Rede de Atenção à Saúde.

RC2: eu já passei em outro médico **perderam minha ficha dentro do posto de saúde...** na recepção! **A recepção tem horas que é um pouco difícil** pra gente.
RC1: eu tive um problema sério a doutora **pediu meu kit pediu tudo o aparelho veio o aparelho e eles não me deram e estava lá, estava como eu tinha recebido[...]**

A construção de mapas de cuidado pelos usuários do sistema de saúde revelados como pontos de referência na RAS está associada ao vínculo estabelecido com os profissionais de saúde traduzindo-se pelo amparo e estabilidade na busca de respostas às necessidades de saúde (CECILIO, 2014). Consoante o mesmo autor, observou-se que a procura pelos serviços de Atenção Básica da UBS depende das experiências prévias norteadas pela resolutividade dos serviços ofertados e principalmente pelo fenômeno de tentativa-erro. Reitera-se que os indivíduos com dificuldade em se nortear na Rede de Atenção e não vinculados aos serviços de Atenção Básica sentem-se desamparados e tendem a prolongar a experiência de adoecimento. Sendo este o resultado de um processo multidimensional, determinado pela organização do processo de trabalho, pela qualificação dos profissionais de saúde e pela carteira de serviços ofertados, identificaram-se nós críticos relacionados à comunicação e ao trabalho em equipe e à compreensão da Rede de Atenção à Saúde.

RC2: precisei do posto pra **fazer curativo em casa e não foram** falaram que eu tinha que ir no posto só se vocês arrumarem a ambulância pra trazerem ela, porque eu não estava aguentando nem andar, **aí precisei ir lá gritar, xingar,**

falar com assistente social realmente pra alguns são bons pra uns não é mas isso é a realidade.

RC1: Antes eu passava no Catarina então lá eles **explicavam de um jeito aí** quando mandaram eu pra cá **sinceramente eu nem queria vir pra cá** risos Quando eu cheguei aqui **eu falei não quero você, quero ficar no Catarina mas aí falaram a senhora vai ter que vir pra cá...** quando **você entra você não gosta do jeito depois você se acostuma**

A organização da Rede de Atenção à Saúde

Sob a égide da integralidade, temos que a Unidade Básica de Saúde se constitui um espaço de interação social de diferentes atores cuja dialógica busca a identificação e a resposta às necessidades de saúde em diferentes planos assistenciais, desde o enfoque individual, aproximando-se de uma boa prática de cuidado (MATTOS, 2009) ao plano operacional, haja vista estar inserida numa rede de atenção poliárquica, cuja característica essencial é estar estratificada conforme as características técnico-instrumentais de cada equipamento de saúde (MENDES, 2011).

Mattos (2009) aprofunda a discussão do processo dialógico constituinte do cotidiano da UBS ao considerar fundamentais a caracterização do que se entende como oferta e demanda em saúde. Como oferta entende-se que a disponibilidade de recursos e serviços pode estar influenciada por sua quantidade, localização geográfica, cultura médica e institucional. Por demanda, considera-se do acesso aos serviços e os benefícios que se seguem à utilização dos mesmos. Reitera-se que o trabalho em saúde deve buscar a identificação das necessidades em saúde a partir do êxito dos usuários em expressar suas demandas, que podem vir associadas às representações simbólicas que o adoecer adquiriu para aquele indivíduo. Fatores vinculados ao processo de trabalho, às características dos discursos adotados, ao treinamento profissional direcionado para o cuidado centrado na pessoa, o desconhecimento de possíveis soluções para seus problemas pode dificultar a identificação de uma demanda como necessidade e assim afastar a prática assistencial de um cuidado integral em saúde.

Podemos observar no estudo de Cecílio (2014) que o estabelecimento de mapas de cuidado pelos usuários do Sistema de Saúde segue uma tendência de experiências pessoais e coletivas positivas para o seguimento de um itinerário terapêutico. Tais

experiências exitosas estão relacionadas à atenuação do adoecer e principalmente à capacidade de compreensão das demandas de saúde colocadas frente ao serviço de saúde. Dessa maneira, e diante dos fenômenos que interferem no Cuidado Centrado na Pessoa, especialmente no tocante à continuidade e à longitudinalidade da assistência, evidenciamos a procura pelos serviços de assistência seguindo a lógica das experiências progressas e não à regionalização dos mesmos, o que pode ser explicado em parte pelo desconhecimento dos usuários sobre o funcionamento em rede dos equipamentos de saúde.

RC2: Ficou muito difícil mesmo **eles não aceitam de outra UBS**. Aí tem que ir pra lá mesmo **pra UBS que a gente tá fazendo o tratamento** nós temos que entender que isso já vem do chefe da prefeitura que só pode **atender quem é do bairro, você pode tá morrendo que eles não atendem** a gente se for do outro bairro.
Quando eu fui no Ceci, aqueles que tinham lá foram tudo embora. Ai fui passar minha fichinha no médico do coração e da urina ai ele: “A senhora não é daqui”, falei “Lógico que sou daqui, você é lá do postinho do Campestre, mas eu fui **encaminhada pra cá, porque que eu não posso passar aqui?**”

Atividades em Grupo

A realização de atividades em grupo na comunidade auxilia a compreensão e o controle terapêutico do Diabetes Mellitus. Diante das diferentes representações que o processo de adoecer constitui frente à experiência do adoecimento e considerando a inserção social do usuário portador de DM, observamos que o processo saúde-doença, assim como exposto e aprofundado no modelo de etnoepidemiológico de Almeida-Filho (2000), tem importante componente dialógico, e, portanto, é coletivamente compartilhado. Se temos a importância do estabelecimento de uma troca de saberes no encontro entre o usuário e o profissional de saúde, identificamos na execução das rodas de conversa a emergência de saberes a partir da interação entre tais sujeitos construtores do processo de adoecimento e da restituição da saúde.

A interação entre pares e o compartilhamento de experiências associadas à difusão de saberes técnico-instrumentais organizados pela equipe Estratégia Saúde da Família mostraram-se importantes na construção do vínculo com os serviços de saúde e

pela utilização de discursos acessíveis à população, *i.e.*, compreensíveis por meio da caracterização dos modos singulares de viver a vida, mas também socialmente compartilhados e determinados; numa perspectiva de fusão de horizontes, aqui facilitada pela proximidade cultural de alguns profissionais com a população assistida.

RC1: Quando tinha reunião até a S... perguntava, explicava, falava as coisas aí importante isso aquilo...

Falava o que ia acontecer, falava pra cuidar dos pés era uma reunião bem legal Que nem, tem esse grupo, se chegar alguém aqui que a gente conheça que vai explicar orientar todo mundo **cada um vai sair com sua dúvida satisfeita**...esclarecido concorda porque não tem

Quem ajudava muito era no grupo que era a S... era o grupo às vezes eu mesmo falava não, mas eu ia porque **ela explicava as coisas pra gente e ficava ciente das coisas**

O trabalho em grupo também apresenta como característica fundamental subsidiar o autocuidado apoiado dos usuários portadores de DM (MENDES, 2012), integrando o plano terapêutico e contribuindo para o cuidado centrado na pessoa, utilizando-se de recursos comunitários e atores sociais identificados para que sejam mobilizados e perpetuem as experiências exitosas na superação dos obstáculos ao viver a vida.

Qualidade do Programa de Automonitoramento Glicêmico

A identificação de características referentes à dispensação dos insumos e a qualidade do material fornecido estão relacionadas com a experiência do tratamento insulínico e surgem como principal parâmetro avaliador do PAMG. Este fato reitera o simbolismo que o programa adquire como facilitador do acesso dos usuários e seu potencial em consolidar o vínculo com os profissionais de saúde. Augusto, em 2014, avaliou o Programa de Automonitoramento Glicêmico no município de Botucatu e sob o referencial da tríade donabediana estrutura-processo-resultado demonstrou a falta de preparo profissional quanto aos parâmetros de controle metabólico bem como da orientação dos portadores de DM quanto à frequência de medições, uso dos insumos e estímulo para o autocuidado apoiado. Outro achado significativo no estudo constou da análise subjetiva dos profissionais e usuários que avaliaram satisfatoriamente o PAMG a despeito dos resultados negativos colocados anteriormente.

Como observado, a rejeição desta modalidade de tratamento vem associado ao medo da dor e a sua forma de administração injetável. Reitera-se em Augusto (2014) que a ocorrência da dor está vinculada à insegurança e é um dos principais motivos de abandono da automonitorização. Haja vista ser indicado o uso de materiais adequados à menor experiência dolorosa possível, observa-se o desencontro da qualidade instrumental dos insumos com as necessidades dos usuários de insulina, acrescentando aos estudos de qualidade do PAMG a importância das características instrumentais utilizadas na administração de insulina.

RC1: Eu estava pegando o kit lá no posto de saúde e **a agulha estava vindo com defeito, a agulha estava muito dura e muito grossa**, eu aplicava na barriga **punha aquela força...e quando entrava doía e até sangrava** a **agulha ficou no braço** a sorte minha é que ela não colocou a toda agulha... deu pra puxar com a mão

RC2: **teve uma época que não teve seringas** mesmo em lugar nenhum não tinha e uma seringa custa dois reais e cinquenta por aí eu achava naquelas lojas que vende material hospitalar e nada, eu fiquei sem tomar insulina e todo dia tomar insulina e comprar... repetia...

Considerações da primeira fase do estudo

Neste primeiro momento observamos que nos modelos do processo saúde-doença ocorre um fenômeno dialético entre os diferentes níveis de organização, cujas dimensões partem da estrutura celular e caminham ao encontro dos mecanismos de reprodução social em que o ser humano se encontra inserido. Historicamente, os saberes técnico-instrumentais têm subsidiado a epidemiologia e a clínica, mostrando-se insuficientes na explicação plena do adoecimento humano e na promoção da saúde. Recorremos, pois, ao trabalho de ALMEIDA-FILHO (2000), no qual se busca o aprofundamento do processo de adoecer a partir da articulação dos modos de vida individuais e suas representações aos mecanismos de reprodução econômica e social nos quais o sujeito encontra-se inserido.

No adoecer, verificamos a emergência de obstáculos à normatividade funcional, resultantes do engessamento da estética do viver e do estranhamento à mudança de comportamentos, antes desnecessários pelo funcionamento silencioso da homeostase. Observamos que a perda do *self*, por meio da evidência de uma necessidade orgânica, contribui para a angústia do adoecer.

A materialização do adoecer, a partir do esforço em se compreender uma dada necessidade de saúde é comum pelos profissionais de saúde, inseridos num contexto formador que privilegia historicamente a incorporação de saberes técnico-instrumentais prescindindo o aprendizado contido na experiência do adoecer e nas suas representações. Esse cenário acadêmico tende a reforçar a soberania de tais saberes numa perspectiva de colonização dos mesmos e incremento da passividade dos sujeitos do adoecimento.

Em saúde, o trabalho se dá em ato, quando ocorre o contato do usuário com o serviço de saúde, independente do profissional acessado para a finalidade de responder a uma dada demanda. A identificação desta em necessidade de saúde está na dependência de uma relação horizontal permissiva à troca de saberes, buscando-se acoplar o discurso, por meio do qual o adoecer torna-se concreto, ao processo de trabalho a ser desenvolvido pelo profissional de saúde. Assim, uma resposta integral às

necessidades de saúde depende da construção compartilhada e mutuamente compreensível do que é demandado e do que se pode ofertar em forma de um serviço em saúde. Os saberes mobilizados para atingir essa finalidade caracterizam a dimensão técnica e instrumental do trabalho em saúde.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) nos colocam o fenômeno da re-produção das necessidades de saúde que se explica não apenas pela condição de portador de uma demanda pelo sujeito do adoecer, identificada a partir de um obstáculo ao viver, mas também surge e é continuamente construída pela forma com que cada equipamento de saúde organiza seu processo de trabalho para responder às necessidades colocadas.

A seguir, caracterizaremos da perspectiva dos profissionais de saúde que compõem o PAMG as práticas assistenciais e discutiremos seus fenômenos sob o referencial da integralidade, identificando nós-críticos a sua implementação e aprofundando suas características no *setting* natural de cuidado desses indivíduos.

5.2 DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Examinaremos neste segundo momento a percepção dos profissionais de saúde que compõem o quadro de trabalhadores do Programa de Automonitoramento Glicêmico da Unidade Básica de Saúde. Revelamos a partir do modelo de saturação teórica proposto por Fontanella (2008) a emergência de dois blocos temáticos, sendo o primeiro relacionado ao processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família e o segundo condizente ao processo de Automonitoramento Glicêmico utilizado pelos usuários do sistema portadores de DM. Reitera-se que os enunciados surgiram a partir das matrizes de análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas que se fundamentaram no estudo de Graneheim e Lundman (2004) e se encontram nos anexos.

Tabela 10 - Modelo de saturação teórica para o enunciado processo de trabalho da equipe estratégia saúde da família

Subcategorias	ENTREVISTA	ENTREVISTA	ENTREVISTA	ENTREVISTA	ENTREVISTA
	1	2	3	4	5
Registro de Informações	X	X			
Acompanhamento Multiprofissional	X	X			X
Controle da Dispensação De Insumos	X				
Atividades em Grupo na Comunidade	X	X	X	X	X
Agenda de Trabalho			X	X	X
TOTAL	4	0	1	0	0

Fonte: O autor. Adaptado de Fontanella, 2008

5.2.10 Processo de Trabalho no Programa de Automonitoramento Glicêmico

O trabalho em saúde no contexto da Atenção Básica adquire características singulares diante da polissemia da apresentação do sofrimento destes usuários e por este nível de acesso ao Sistema de Saúde se constituir em porta de entrada preferencial à Rede de Atenção à Saúde. Observamos, sob a égide de uma prática integral, a abrangência operacional desta concepção, cuja amplitude conceitual compreende uma boa práxis assistencial, centrada na pessoa, capaz de entender seu contexto socioeconômico-cultural, e a mobilização de recursos técnico-instrumentais em diferentes equipamentos de saúde para a resolução das necessidades em saúde. Sob tal entendimento, discutiremos a perspectiva dos profissionais de saúde que compõem o PAMG.

Registro das Informações

Observa-se a convergência dos discursos quanto às dificuldades impostas pelo gerenciamento do PAMG, reveladas por meio da inconsistência de informações entre os diferentes meios de controle de dispensação dos insumos para os usuários cadastrados no programa. Este fenômeno encontra-se perpetuado nos mecanismos de prescrição dos profissionais prescritores, haja vista as características singulares do uso de insulina. Assim, nota-se a fragmentação na gestão de cuidado, uma vez que a posologia prescrita de insulina é separada do cálculo de insumos necessários para o automonitoramento glicêmico o que distancia a prática de um cuidado integral neste grupo especial de usuários do serviço. Reitera-se a dificuldade em estabelecer canais comunicativos efetivos entre os diferentes profissionais de saúde da UBS, haja vista a persistência desta dificuldade mesmo quando identificada por um membro do PAMG.

Técnico de Enfermagem 1: os médicos mudam, mas **não mudam no consentimento de entrega de insumos** então eu acho que isso fica muito pendente então você **tem que toda hora estar cobrando ou o médico ou paciente”**

o médico que está dentro da unidade **ele não visualiza** isso eu acho que isso **fica muito pendente** às vezes “aí mudou pra três vezes por dia o automonitoramento glicêmico, aumentou a insulina” só que **na dispensação de insumos mesmo eu não sei**, eu só tenho aquele laudo que tá ali que diz que é duas, uma vez e é meio que dá um atrito com o paciente

Acompanhamento Multiprofissional

Considera-se atributo fundamental da prática assistencial na Atenção Básica a articulação de diferentes saberes para o manejo de um cuidado multidimensional, abrangente e compatível com as singularidades inerentes ao adoecimento. É imprescindível, portanto, a integração de diferentes profissionais de saúde no planejamento de um cuidado centrado na pessoa capaz de garantir a continuidade da assistência e a identificação das necessidades de saúde. Observamos em Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) que a organização da carteira de serviços direciona a identificação das demandas e sua materialização em necessidades de saúde. Verificamos nas entrevistas a perpetuação de uma prática fragmentada e setorializada, ainda insuficiente em permitir a integração multiprofissional e a integralidade do cuidado. No estudo conduzido por Augusto (2014) demonstrou-se o desconhecimento de alguns profissionais quanto aos parâmetros de cuidado da população portadora de DM acompanhadas pelo PAMG. Identificamos não apenas a perícia nas informações, mas também a divergência destas entre os diferentes profissionais que compõem o PAMG e o corpo assistencial como nós críticos no acompanhamento destes usuários, o que reverbera no empoderamento do usuário no manejo de sua condição de saúde.

Cita-se também o contexto de significativa pressão assistencial, dificultando a identificação e o manejo de casos complexos, que necessariamente devem ser acompanhados pela equipe com diferentes profissionais envolvidos, facilitando a corresponsabilização do cuidado e a adequação da agenda assistencial.

Técnico de Enfermagem 1: estou chamando atenção do paciente, estou conversando, estou falando, estou explicando mas **eu ali não tenho só como é estar ali visualizando um por um**, então acho que **falta acompanhamento de um enfermeiro, de uma visita domiciliar até mesmo o médico se tá trocando**

a seringa, se tá trocando a agulha, reforçar então acho que falta bastante isso

Técnico em Farmácia 1: [...] eu acho que ele deveria **ser mais visto, ter mais grupos, ter mais orientação**, porque às vezes tem paciente que ele puxa e é tão pequena as unidades às vezes aquele paciente **tem dificuldade visual ou também o companheir@ às vezes não sabe medida certa daquilo ali** [...] **informações divergentes a gente orienta o que é certo e outro profissional orienta o que é errado**

Controle da Dispensação dos Insumos

O sistema informatizado de controle da liberação dos insumos para os usuários cadastrados no PAMG apresentou importante função de apoio ao cuidado destes indivíduos. Este sistema permite aos profissionais de saúde identificar a aderência ao automonitoramento glicêmico conforme as orientações fornecidas, e se traduz como importante ferramenta de apoio terapêutico na identificação de dificuldades no manejo do uso de insulina. Reitera-se, entretanto, a necessária integração destas informações com a equipe ESF e com os profissionais envolvidos com a assistência destes indivíduos. Assim, a fragmentação do processo de trabalho determina uma disjunção entre preciosas informações geradas pela análise da quantidade de insumos liberada e solicitada, o que limita a particularização dos esforços terapêuticos em casos de difícil controle clínico e, em decorrência, afasta o trabalho em saúde de um cuidado integral e equitativo, centrado nas necessidades pessoais.

Técnico de Enfermagem 1: Então a gente dá baixa e ao mesmo tempo sabe quanto ele usou até ele retornar no próximo retorno.

Hoje não, hoje eu meio que converso com todos ali tá fazendo corretamente hoje a gente tem um sistema que você consegue monitorar

Atividades em Grupo na Comunidade

Contatou-se uma convergência nas entrevistas realizadas quanto às diferentes funções atribuídas às reuniões comunitárias com as pessoas portadoras de DM em uso de insulina. Primeiramente, observamos a facilidade na identificação coletiva de necessidades de saúde deste grupo de usuários o que direciona as atividades em grupo

na comunidade e consolida o autocuidado apoiado. Esta primeira atribuição é facilitadora de uma abordagem multiprofissional, e se utiliza de diferentes saberes voltados ao cotidiano destas pessoas e aos seus modos de vida. Nesta perspectiva, tanto profissionais quanto usuários dos serviços reiteram a importância desta abordagem na continuidade do cuidado, precisando a importância da regularidade nos encontros, a depender da forma com que cada equipe ESF organiza sua agenda assistencial para organizá-los.

Técnico de Enfermagem 1: **cada equipe fazia o seu grupo** com seus pacientes, quer dizer **o enfermeiro tinha acesso quem era dele**, hoje o enfermeiro não sabe mais quem é quem

Técnico em Farmácia 2: Eu acho que você estar com pacientes em grupo todos são mais susceptíveis porque **todos têm o mesmo problema** então eles vão ouvir o que o outro tem então **aquela explicação que a gente está dando é a mesma dificuldade que o outro paciente tem...** Quem está dentro do grupo **eles sabem essa dificuldade e eles conseguem compreender a necessidade do outro** então entendem que é necessário que explique que pare oriente sobre alimentação que volte mais vezes que veja as medicações que traga as medicações pra que a gente possa reorganizar ver a receita se está vencida, se não está, se trocou, se fez os exames a última vez que vez os exames, relatórios médicos, eu acho **que o grupo tem uma gama muito maior, atinge uma gama muito maior**

Observa-se o fenômeno de pertencimento dos usuários às suas equipes de referência, atribuído ao conhecimento dos modos de vida e da complexidade do adoecimento dos usuários de insulina. Assim, tais encontros, por ocorrerem na comunidade, são facilitadores da compreensão dos obstáculos ao viver a vida deste grupo seletivo de indivíduos. Este processo de aprofundamento da dinâmica do adoecer, construído continuamente, reforça o vínculo entre profissionais e usuários, permitindo uma prática de cuidado capaz de responder às necessidades de saúde destas pessoas.

A constituição de uma rede de apoio social pautada por necessidades comuns de saúde, dentro de um contexto socioeconômico-cultural semelhante, está diretamente associada à construção de sujeitos ativos em seu cuidado (KINOSHITA, 1996) fundamental para uma práxis de cuidado centrada na pessoa.

O desenvolvimento de atividades em grupo norteadas pelos modos de vida dos usuários de saúde mostra-se associado a maior satisfação com os serviços de saúde e, conforme observamos nas rodas de conversa, as proposições terapêuticas estarão consoantes às tendências comportamentais, que apresentam uma dimensão singular e outra compartilhada, coletiva, haja vista a inserção social do ser adoecido.

Técnico em Enfermagem 2: nós ensinávamos como estar montando as caixas, como usar, como tínhamos a fisio junto que passava atividades pra pessoas diabéticas, de como elas movimentar de como elas fazer as coisas pra evitar bater, enfim essas coisas é **tinha orientação** de enfermeira quanto a alimentação, **a gente orientava**

Técnico em Farmácia 2: eu acho que deveria esses novos também ter algum tipo de grupo com eles de mais uma orientação a mais mesmo que regular uma vez por mês ou um dia assim próprio só pra esse tipo de grupo...**Muitos não sabem o que o diabético pode estar usando**

Farmacêutica: eles davam um bronquinha assim ah o que você comeu, aí sem querer o paciente falava ah ontem eu fiz um doce de banana, um doce de leite, né, eu via isso achava muito legal, muito importante e se voltasse essa questão de **mais atenção ao paciente**, grupo, acho que seria perfeito, porque assim paciente, mesmo os mais idosos, eles **adoram os grupos, adoram, adoram**

Se a evidência da necessidade de práticas educativas orientadas pelo cotidiano comunitário e pelos modos de vida dos usuários de insulina se mostrou fundamental para o vínculo com o equipamento de saúde e na construção de sujeitos ativos em seu cuidado, entende-se que a prática de reuniões comunitárias é parte do processo de trabalho dos diferentes setores que compõem o PAMG e homogeneiza o discurso dos profissionais de saúde, sendo capaz de identificar com maior eficiência aqueles com dificuldades na compreensão do plano terapêutico e contribui, assim, para a diminuição dos erros de registro frequentes no PAMG.

Agenda de Trabalho

A organização do processo de trabalho na Atenção Básica deve ser norteadada pela situação de saúde comunitária (MENDES, 2012). Em cenário urbano temos que a prática assistencial é pautada por uma significativa pressão assistencial e um elevado índice de

frequentação, o que contribui para o deslocamento da prática integral e se coloca como desafio operacional a implementar um cuidado centrado na pessoa sob o olhar equitativo. Nesta perspectiva, convergiu-se nas entrevistas para a dificuldade no tempo de atendimento dos setores envolvidos do PAMG, o que extrapola ao agendamento de consulta e reverbera em todos os setores frequentados pelos usuários dos serviços.

Surge, portanto, a necessidade de um olhar atento à organização da agenda destes profissionais, haja vista ser importante instrumento de racionalização das ações em saúde. Se observamos anteriormente que as necessidades de saúde dos usuários de insulina são coletivamente compartilhadas, os relatos dos profissionais evidenciam uma dificuldade dos mesmos usuários em compreender tais necessidades a partir do uso dos serviços de saúde. Este fenômeno, além de comprometer a qualidade do cuidado prestado, reflete a falta de gestão compartilhada destes serviços com a comunidade.

Técnica de Enfermagem 2: paciente chega quer ser atendido, **não quer esperar** a pessoa dar atenção para outro paciente então assim **não entende a necessidade do outro**

Técnica de Farmácia 2: **você acaba correndo pra poder atender o próximo** e a gente não dá atenção necessária pra esse.

A profissional farmacêutica, responsável pelo seguimento farmacoterápico, ressalta a importância de um acesso avançado ao serviço de saúde, traduzido pela facilidade dos usuários em acessá-la independente do agendamento eletivo. Da mesma maneira, a profissional realiza um serviço de vigilância ativa, detectando casos complexos, nos quais são identificadas necessidades singulares no uso da insulina e/ou medicações para posteriormente prosseguir ao atendimento físico. Muito embora o acesso seja um atributo fundamental de uma Atenção Básica de qualidade, identificamos a falta de estrutura na Unidade de Saúde como obstáculo ao cuidado integral, haja vista a falta de um espaço físico para o atendimento destes usuários.

Tais fenômenos fazem ressurgir o aporte teórico de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) na mediação do processo de trabalho como facilitador da identificação de necessidades de saúde não antevistas pelo ato de busca ativa ao serviço, o que exige

preparo de uma agenda flexível, a partir da qual se materializa os espaços de construção dialógica para a caracterização do sofrimento destes usuários.

Farmacêutica: assim eu **tenho a facilidade que a porta é aberta** então qualquer dúvida eu estou à disposição mas a gente **não tem um local aberto aqui adequado pra fazer um atendimento melhor mais individualizado** isso que eu falo até eu pego o telefone do paciente pra depois conversar com ele **de uma forma individualizada** e esclarecer as coisas eu tenho que marcar né uma horinha com paciente para já fazer as devidas orientações que já é outro entendimento que aí eu sento com paciente uma meia horinha e vejo com paciente faz esse monitoramento e a aplicação de insulina

5.2.2 O Adoecer e o automonitoramento glicêmico

Nesta segunda dimensão buscamos caracterizar os enunciados vinculados ao processo de automonitoramento glicêmico e às perspectivas dos profissionais a respeito das dificuldades encontradas pelos usuários portadores de DM em uso de insulina. Nesta etapa, as práticas assistenciais estarão relacionadas à integralidade do cuidado na medida em que são caracterizados os processos relacionais e os obstáculos enfrentados por esses indivíduos em seus modos de viver a vida na condição de portadores de DM em uso de insulina.

Tabela 11 - Modelo de saturação teórica para o enunciado Automonitoramento Glicêmico

Subcategorias	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA 3	ENTREVISTA 4	ENTREVISTA 5
Uso dos insumos	X		X	X	X
Qualidade dos insumos	X	X	X		
Disponibilidade dos insumos	X	X	X	X	
Armazenamento de insulina		X		X	
Orientação da aplicação de insulina	X		X	X	
Autonomia			X		
Prescrição médica		X	X	X	X
Apoio familiar			X		
Compreensão Sobre a Doença			X		
Total	4	2	3	0	0

Fonte: O autor. Adaptado de Fontanella, 2008

O Uso dos Insumos

Observa-se uma convergência nas entrevistas quanto às dificuldades no manejo dos insumos, principalmente no entendimento dos usuários dos cuidados no uso de seringas, agulhas e lancetas; insumos estes que são dispensados pelo PAMG. Cita-se o destino incorreto dos materiais secundário à dificuldade na montagem da caixa de descarte, a falta da troca continuada dos insumos perfurocortantes (agulha e lancetas), necessária para a diminuição da sensibilidade dolorosa. Tais dificuldades são evidenciadas principalmente na presença de complicações oftalmológicas do DM, dificultando a identificação posológica da insulina na seringa; fato este que destaca a importância do apoio social e principalmente familiar, necessários para a administração medicamentosa.

Consolida-se assim que a terapêutica insulínica determina outras necessidades muitas vezes não antevistas pelos portadores de DM, fato este que pode colaborar para a repulsa inicial ao tratamento proposto. Desta maneira evidencia-se a articulação imprescindível do processo de prescrição de insulina junto das práticas educativas do manejo dos insumos, detalhes estes fundamentais para o sucesso clínico e uma prática de um cuidado centrado na pessoa.

Técnico em Farmácia 2: tem **dificuldade em montar a caixinha, o Descarpac**, e tem muita dificuldade e muitas vezes eles **não enxergam a seringa** [...]

Técnico de Enfermagem 2: alguns tem **dificuldade de aplicação não conseguem enxergar alguns pacientes cegos que realmente fazem a aplicação, mas não sabem se estão aplicando certo ou não mas a maioria deles sentem essa dificuldade** desse controle pessoal Eles falam **não tem ninguém pra aplicar**, eu não sei, **não enxergo, tenho dificuldade para manusear, eu esqueço**

Qualidade dos Insumos

Observou-se nas rodas de conversa que a repulsa à terapêutica insulínica traz consigo a representação de um tratamento doloroso, simbolicamente punitivo, e instaura outras necessidades de saberes para o manejo dos insumos associados à aplicação do medicamento e da continuidade do automonitoramento glicêmico. Se os obstáculos ao viver a vida dos portadores de DM em uso de insulina vêm da modificação do modo de andar a vida, e, portanto, da funcionalidade normativa destes indivíduos, temos que a qualidade dos insumos está diretamente associada ao bem-estar e à satisfação pessoal, impactando no processo de adoecimento por DM. Assim, um programa assistencial deve ser capaz de proporcionar insumos condizentes com a situação fragilizada deste grupo de usuários e, atenuar, sempre que possível, a dor e o flagelamento simbólico que a aplicação de insulina traz representativamente consigo.

Muito embora tais observações, verifica-se um consenso entre usuários e profissionais de saúde no que tange à má qualidade das agulhas utilizadas na aplicação de insulina, o que constitui uma experiência negativa de adoecimento, e portanto, incide na repulsa ao tratamento, e como importante motivo ao abandono do mesmo.

Técnico em Farmácia 1: eu acho que **a qualidade dela bem inferior** a do que vinha você tem muita queixa de **agulha dura, duas agulhas em um só seringa, agulha torta** teve paciente que fez aplicação que a agulha ficou nele, quando ele puxou a **agulha ficou no local onde ele fez a aplicação**, então tem **muita reclamação, o paciente sente mais dor**

Disponibilidade dos Insumos

O automonitoramento glicêmico tem como itens fundamentais o aparelho informatizado, o glicosímetro, associado aos materiais de aferição digital (fitas reagentes e lancetas). É consenso nas rodas de conversa e retomado pela percepção dos profissionais de saúde a dificuldade na obtenção destes insumos no setor privado, haja

vista o fornecedor ser exclusivo dos serviços públicos, o que dificulta o acesso quando ocorrem episódios de faltas e atrasos na disponibilização dos mesmos.

Técnico de Enfermagem 1: eles trocaram os aparelhos e de uma certa maneira esses aparelhos **a fita não é comprável em lugar nenhum**, só existe um distribuidor que distribui direto pra prefeitura e **aí acabou fica três semanas sem**, e eles chegaram a comprar aparelhos novos pra eles utilizarem fitas pra eles manterem o controle

Armazenamento de Insulina

Ao considerar as tendências comportamentais dos indivíduos portadores de DCNT, o seguimento terapêutico e o sucesso clínico estão vinculados às menores modificações nos modos de andar a vida. Assim, a superação dos obstáculos ao viver a vida consequentes ao descobrimento de uma situação metabólica como o DM, vem acompanhada de um esforço na utilização de uma série de racionalidades técnicas para o desenvolvimento de competências para o autocuidado. Observamos nas entrevistas que as características do armazenamento da insulina repercute no cotidiano das pessoas com DM, o que é reforçado nas rodas de conversa a partir da resistência e insatisfação com o uso da medicação.

Técnico em Farmácia 1: E a gente sempre explica pela indústria pelo fabricante depois da primeira aplicação você deixa em temperatura ambiente não exceder em mais de 25 ou no caso **se você for pra algum local se tiver que colocar ela dentro de um carro e tá uma temperatura muito mais alta dentro do carro então você tem que pegar uma caixinha com o gelox tal pelo menos até você chegar na sua casa**

Orientação da Aplicação de Insulina

Temos por competência a capacidade de mobilização de diferentes saberes suficientes ao enfrentamento e superação dos obstáculos ao viver a vida, cujo resultado final se traduz por um determinado comportamento (CYRINO, 2005). Observamos anteriormente a importância da vivência com familiares e pessoas socialmente próximas do indivíduo

portador de DM como fontes substanciais de saberes na resignificação do modo de vida. Muito embora sejam fundamentais para tal fenômeno, o acesso aos profissionais de saúde do PAMG também permite uma significativa oportunidade para a troca de saberes, necessária para a compreensão das necessidades e experiências que acompanham o adoecer pelo uso de insulina e constituem recurso continuamente construído para sujeitos ativos no cuidado de si.

Em se tratando do grupo de indivíduos em uso de insulina, tem-se que a materialização da doença é vinculada às percepções sintomáticas e, mais precisamente no caso do DM tipo 2, à demonstração de valores glicêmicos clinicamente aceitos como adequados, mesmo durante períodos assintomáticos. Entretanto, torna-se evidente a *linha abissal*² que existe entre a prescrição médica do uso de insulina e a manutenção de um controle metabólico adequado. Entre os fenômenos associados a tal complexidade, destaca-se a necessidade de orientação continuada dos usuários de insulina, quanto às necessidades que o tratamento insulínico insere nos modos de vida dessas pessoas.

Técnico de Enfermagem 2: a gente explicar olha a medida é essa **você tem outros lugares pra aplicar, a sua alimentação tem que ser assim**, se o senhor tiver dificuldade volta quantas vezes for necessário, essa **orientação tem ajudado bastante**, percebi que essa informação tem ajudado bastante

Técnico de Enfermagem 1: Alguns têm dúvida perguntam eu tô aplicando certo olha eu tô cansado de aplicar na barriga tá bom, mas o senhor tem o braço, tem a coxa ah não mas **eu posso fazer na coxa no vasto lateral?** sim o senhor pode, pode fazer também no braço e eles **às vezes falta também essa orientação**

Técnico em Farmácia 2: **muitas vezes a culpa é nossa também, as vezes a gente esquece de falar pro paciente** que após aberto só vale um mês né a gente por falar direto, direto assim e sempre os mesmo **às vezes a gente acha que já falou só que às vezes a gente não falou pra aquela pessoa tem essa questão e a questão de não enxergar direito também que muitos são idosos bem velhinho ou tem problema na visão ou nem tem problema mas não consegue puxar direito a quantidade que precisa**

Sob a óptica dos profissionais do PAMG, temos que a identificação de necessidades de saúde é focalizada nas disfunções que o DM pode ocasionar, principalmente aquelas que

² Expressão utilizada em 2007 pelo sociólogo português Boaventura de Sousa Santos em seu trabalho: *Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes*, onde traz o fenômeno do domínio epistemológico da ciência e do direito, instaurador do que é verdadeiro e legal, respectivamente, cuja expressão final condiciona a perpetuação de iniquidades sociais

comprometem a acuidade visual, dada sua importância para a aferição posológica na seringa aplicadora de insulina. Se tal processo contribui para um olhar individualizado do adoecer observa-se também que o êxito técnico, dirigido à aplicação de insulina e ao controle glicêmico, dessa perspectiva está vinculado às ações educativas com ênfase na aplicação de saberes técnico-instrumentais, sob a qual o profissional espera uma conduta ou comportamento a partir de um ato informativo.

Entretanto, revela-se que tal postura é insuficiente para a reprodução de práticas de autocuidado pelos usuários de insulina e para o próprio êxito terapêutico no controle metabólico (CYRINO, 2005). Em se tratando deste fenômeno, retoma-se, pois, a importante dimensão da Clínica como campo de prática relacional que exige a complexa mediação dos conhecimentos teóricos diante das singularidades do processo de adoecimento, concepção esta inserida sob a lógica da práxis aristotélica (CAMPOS, 2011). Esta consideração é fundamental para a superação do discurso imperativo, do *status* de paciente, e de práticas de orientação voltadas ao “depósito” de saberes, práticas essas ainda hegemônicas e que dificultam a construção da autonomia dos sujeitos. Reiterando tal perspectiva, Cyrino, em 2005, a partir da análise do rol de competências necessárias ao cuidado de portadores de DM, destacou a incorporação de saberes oriundos das vivências do cotidiano assistencial, baseados nas experiências singulares do adoecer, como parte fundamental do processo de cuidado centrado na pessoa, destacando o caráter dialógico e social do exercício da Clínica.

Assim, temos como fundamental nesta dimensão do automonitoramento glicêmico o desenvolvimento de práticas que propiciem a troca de diferentes saberes entre profissionais e usuários, superando-se a hegemonia das racionalidades técnico-instrumentais como unicamente necessárias à promoção do autocuidado. A aproximação da assistência integral surge, portanto, da consideração do outro como sujeito ativo em seu cuidado, e da construção de espaços relacionais para a troca de saberes, onde não apenas as racionalidades técnicas são imprescindíveis para a prática do cuidado, mas também a compreensão do juízo de valor que os usuários de insulina fazem sobre tais saberes tidos como necessários na superação dos obstáculos ao viver a vida.

Autonomia

No contexto do cuidado integral, a concepção de autonomia se relaciona diretamente com a necessidade de construção de sujeitos ativos em promover seu cuidado, a partir da mobilização de diferentes saberes e da constituição de experiências socialmente compartilhadas do adoecer. Considerando-se tal pressuposto, identificam-se nas entrevistas com os profissionais do PAMG sentimento de frustração e por vezes inércia quando o comportamento do usuário não corresponde à expectativa gerada pela oferta de orientações no uso de insulina. Esse grau de discordância, dentro de uma concepção de obediência às prescrições, determina juízos de valores morais e condiciona o profissional a considerá-la fenômeno inexorável, impassível de intervenção, fato este que caminha na contramão do ato de dar condições ao usuário de compreender seu estado de saúde e possibilitar assim uma prática integral do cuidado.

Técnica de Enfermagem 2: Extremamente **impotência de não poder fazer nada porque não vai partir mais da gente, parte da pessoa e aí isso é triste** o trabalho da gente mesmo **é eles não aderirem** é eles, **não compreenderem** realmente o que é Diabetes o que ela causa é tipo irreal eles acharem que se controla não e é algo que tem que ser acompanhado mês a mês, tem que estar junto com o médico, com a equipe, pra ser avaliado, no meu ponto de vista, no que já vivi, **descaso deles mesmo**

Prescrição Médica

Etapa fundamental da constituição do plano terapêutico, o ato prescritivo materializa o trabalho do profissional de saúde e deve estar subsidiado pela troca de saberes suficientes para a construção conjunta da agenda terapêutica (STEWART, 2014). Deve, portanto, estar apartado na compreensão dos modos de vida dos usuários de insulina e principalmente na identificação das necessidades de saúde desses indivíduos. Reitera-se, pois, que tais necessidades extrapolam a normalidade biológica e, dessa maneira, torna-se fundamental a construção de um vínculo profissional capaz de subsidiar a compreensão do todo existencial desses sujeitos.

Técnica de Enfermagem 2: porque acontece muito de **ir no automático**, sabe, aí eu tô sempre tomei assim tanto que por acaso você mudar a ele tomar trinta hoje você vai tomar vinte sei lá acho que de 100 paciente 80 **não entende que mudou** Depende **se aquela pessoa tem família ou não ou se ele tem dificuldade de leitura**

Técnico de Farmácia 1: às vezes tem uma prescrição de um **médico particular e tem uma prescrição de um médico do SUS** então às vezes eles tinham que ver o que o médico lá prescreveu e o que o atual prescreveu numa nova receita então as vezes **eles não segue um padrão é pra ser feito aquela receita antiga ou a nova, então às vezes segue esse daqui**. É às vezes lá o médico ele prescreve metformina 850 mg 8/8 horas e a daqui já prescreve glicazida + insulina + glibenclamida ou metformina de 500 mg então já peguei prescrição de médico de fora que era de 850 e outros médico de 500, metformina então eu acho que **eles têm muita dificuldade nisso às vezes eles seguem aquela receita antiga junto com a nova**

então ela já viu muitas medicações que eles pegam todo mês **não usa adequadamente ou quando usa às vezes aquela medicação não é quantidade que está tomando às vezes até o médico já mudou a prescrição** Farmacêutica: receita **nem todas, acho que é muito pontual** quando tem uma questão dúvida quanto à prescrição, de quanto aplica, de alimentação, **mas existe**

Revelam-se importantes características nas entrevistas dos profissionais de saúde que convergem para o fenômeno de ressignificação do modo de vida. Como observado nas rodas de conversa, as tendências comportamentais condicionam normalidades funcionais, buscando-se a menor modificação possível do cotidiano existencial. Da perspectiva dos profissionais, tem-se uma noção de automatização do cuidado, fato este que traduz uma dada normalidade funcional do indivíduo. Destarte, e diante da resistência natural perante as modificações do viver a vida, tem-se a importância do trabalho multiprofissional em garantir a compreensão das prescrições clínicas, fato este que, quando não exercitado, dificulta a prática do cuidado integral.

Os usuários de insulina cadastrados no PAMG apresentam-se inseridos numa Rede de Atenção à Saúde e recebem continuamente diferentes prescrições médicas e orientações a depender dos equipamentos de saúde acessados. Temos também que uma parcela significativa de portadores de DM apresenta outras comorbidades e são frequentadores dos serviços de saúde suplementar. É fenômeno comum o acúmulo destas prescrições e a dificuldade na atualização posológica e medicamentosa que os usuários apresentam diante dos serviços de saúde. Tal demanda encontra-se ocultada

em muitos casos pela passividade dos usuários reforçada pela clínica hegemônica médico-centrada, como podemos observar no trecho de uma entrevista:

Técnica de Enfermagem 2: **alguns prestam atenção e outros não conseguem entender**: "ah eu não entendi **não sei nem porque estou usando**", mas como assim você não perguntou pro médico, o médico não disse, você não fez exame, "fiz", mas você não perguntou pro médico porque que chegou isso porque tem que tomar?, "não, simplesmente eu peguei e vim tomar"

Não obstante tais dificuldades identificadas, o apoio familiar é facilitador do seguimento terapêutico e da compreensão das prescrições médicas e pode ser mobilizado uma vez caracterizadas as necessidades dessas pessoas em uso de insulina. Acrescenta-se o fato de que uma parcela significativa não compreender a receita médica, como pudemos observar nas rodas de conversa, e apresentar complicações visuais decorrentes do DM, dificultando a leitura da mesma. Assim, a investigação dessas dificuldades e da rede de apoio social do indivíduo em uso de insulina torna-se fundamental para uma prática de cuidado integral e que consiga responder às necessidades de saúde, muitas vezes ocultas pelos sujeitos atendidos.

Apoio Familiar

Observamos nas rodas de conversa a importância dos laços sociais estabelecidos pelos usuários de insulina, principalmente por seus familiares. Esse fenômeno vem acompanhado da necessidade de amparo dessas pessoas, cuja experiência do adoecer provocou estranhamento às mudanças em seus cotidianos, incertezas perante a sobrevida livre de complicações do DM e descontentamento com as possibilidades terapêuticas.

Essa dimensão relacional, familiar, muitas vezes encontra-se comprometida pela insatisfação e inércia frente às modificações dos modos de vida. Esse obstáculo tende a minar a autonomia do sujeito que, como observado por Kinoshita (1996), está vinculada à rede de apoio social do indivíduo. Destarte, a mobilização da família encontra respaldo

na construção de sujeitos ativos em seu cuidado, *i.e.*, constitui ferramenta potencial de empoderamento do usuário de insulina.

Técnica de Enfermagem 2: paciente que a gente cuida, depois que **a gente chamou a esposa e orientamos ela de como ele deve usar e ele tá tomando tá melhor** também e a glicemia dele tá uma maravilha, 90, 98, 113, quando chega 200, 200, no máximo tranquilo e vive se cuidando nesse sentido **Familiar extremamente importante** se ele não estiver dando apoio pra essa pessoa que tem diabetes

Compreensão sobre a Doença

Consideraremos para fins dessa discussão o ato de compreender como a “faculdade de perceber o significado de algo” (HOUAISS, 2009). Emerge, pois, importante fenômeno existencial vinculado às percepções e ressignificações que o adoecer traz ao modo de vida das pessoas e como estas mobilizam diferentes saberes, dentro de seu contexto sociocultural, a fim de superar os obstáculos interpostos pela condição de DM e pelo uso de insulina. Observamos também que o objeto de trabalho em saúde é singular e existencial, por tratar-se de uma pessoa. Assim, opera-se o cuidado integral sob a lógica da práxis, pela qual o indivíduo julga e emite valores pessoais aos itinerários de cuidado propostos para manutenção de sua normalidade funcional (CAMPOS, 2011). Assim, destacamos a insuficiência na transmissão passiva de conhecimentos técnicos, sendo, pois, necessário para o cuidado integral, a centralização no todo existencial e conhecimento da rede de apoio social, para a construção de sujeitos empoderados em seu cuidado.

Retomando o trabalho de Cyrino em 2005, reitera-se na perspectiva dos profissionais atuantes no PAMG a dificuldade de entendimento e atribuição de significado à condição de portador de DM pelos usuários de insulina. Assim como o autor, identificamos a dificuldade na mobilização de recursos quando não se percebe sintomas da condição, quadro este típico das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, como o DM. Desta maneira, a atribuição do estar doente permanece vinculada às interposições ao viver a vida, materializadas na presença de sintomas que impossibilitam determinado comportamento do portador de DM.

Técnica de Enfermagem 2: **eles não compreendem o que é realmente o diabetes e o que ela afeta, é o que eles demonstram isso**, então acho se eles deixarem de se alimentar de doces tá tudo bem, **se a diabetes estiver regular não precisa tomar insulina, não preciso me cuidar, agora se o diabetes aumentou aí é preciso vir**

eu acho que por mais que a gente faça **eles ainda não têm essa compreensão toda do que ele causa o que traz pra vida deles** e uma preocupação que eu tenho é a tristeza mesmo de ver eles perdendo membros, visão por estilo de vida...

Se o processo de compreender o Diabetes Mellitus envolve a atribuição de significados ao processo de adoecer subsequente ao seu diagnóstico, verificamos uma persistência da percepção dos profissionais de saúde em atribuir a falta de conhecimentos técnicos pelos usuários de insulina como principal fator responsável pela dificuldade em constituir um padrão comportamental que seja coincidente com as orientações profissionais. Ressalta-se, pois, que essa tradução pela equipe do PAMG e comum na práxis assistencial se relaciona ao fundamentalismo da racionalidade técnico-pragmática e que por sua vez pode levar a julgamentos morais dos usuários de insulina. Cabe, pois, ressaltarmos que o esforço em constituir um cuidado integral em saúde é continuado e essencialmente dialógico, cuja atuação profissional deve ser capaz de se moldar às custas da pluralidade do adoecer, tornando-se imprescindível a mediação de saberes técnicos para as singularidades dos modos de vida, atividade esta artística e atributo fundamental da Clínica.

A partir das perspectivas de profissionais e usuários de insulina, construiu-se um guia operacional para a realização de atividades em grupo e para o provimento de ações educativas no contexto estudado. A busca pela *fusão de horizontes* deve estar apartada no compartilhamento de diferentes saberes mobilizados para a superação dos obstáculos ao viver a vida e assim permitir o reordenamento da normalidade funcional do sujeito adoecido. Estes objetivos devem ser considerados no âmbito das expectativas operacionais do PAMG, não o restringindo à distribuição de insumos.

Assim, sua implementação pode ocorrer durante os encontros previstos com a comunidade assistida, prática frequente das Unidades Básicas de Saúde, principalmente permitindo ao PAMG se constituir em importante espaço para uma troca dialógica de

saberes e experiências que possam refletir as dificuldades no viver a vida encontradas pelos usuários de insulina. A caracterização dessas tensões na funcionalidade produtiva e social dos usuários de insulina pode aproximar os profissionais de saúde das experiências do adoecer dessas pessoas, e, portanto, facilitar a reprodução dos saberes técnico-instrumentais no seguimento terapêutico.

O instrumento aqui desenvolvido também pode contribuir para o compartilhamento de informações relevantes ao planejamento do cuidado exercido pelos diferentes profissionais que compõem o quadro de trabalhadores de saúde da UBS. Explorar necessidades de saúde ocultas dos usuários de insulina é fundamental para a aproximação de uma boa prática assistencial e tal prática deve ser subsidiada por um instrumento simples, que permita sua utilização em cenários de significativa pressão assistencial. A sua utilização durante as reuniões das equipes ESF e nas discussões com os demais trabalhadores nos encontros técnicos semanais permite a convergência de diferentes saberes e uma avaliação contínua das dificuldades encontradas na assistência das pessoas diabéticas em uso de insulina.

Limitações do Estudo

A pesquisa de campo ocorreu durante os três primeiros trimestres do ano de 2018 no cenário assistencial de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. Faz-se necessário evidenciar o cenário político e operacional em que os serviços de saúde desenvolvidos por tal equipamento de saúde encontram-se inseridos. Podemos destacar as transitórias modificações na Rede de Atenção à Saúde que compõe a Coordenadoria Sudeste, sendo cogitado no segundo trimestre um processo de reestruturação da RAS, caracterizado pela reorganização do processo de trabalho dos AMAs, cujos atendimentos seriam absorvidos pela Estratégia Saúde da Família. Tal proposta não se consolidou, sendo, pois, retomados os serviços iniciais. Neste entremeio, muitos usuários de saúde obtiveram experiência de cuidado negativas que podem repercutir na caracterização da experiência do adoecimento por determinada condição de saúde.

Devemos evidenciar as mudanças ocorridas no corpo assistencial das equipes Saúde da Família, caracterizada por significativa rotatividade de profissionais médicos, repercutindo na continuidade no cuidado e na experiência de cuidado do usuário com as equipes ESF.

A caracterização do vínculo com os profissionais de saúde pelos usuários do sistema pode ter sofrido interferência pela posição do pesquisador como médico atuante no cenário empírico. Ressalta-se que o distanciamento do objeto de pesquisa não se constitui única e exclusivamente forma de neutralidade científica e, a posição de Médico de Família e Comunidade de uma ESF revelou-se nicho privilegiado para a exploração das peculiaridades do processo de adoecimento no contexto estudado.

Deve-se ressaltar a delimitação temporal para a execução da pesquisa de campo, incluindo os recursos físicos e humanos necessários para a amostragem e convocação dos participantes concomitante ao processo de trabalho da Unidade de Saúde, aspecto esse desafiador na manutenção da agenda assistencial.

6 CONCLUSÃO

A caracterização das necessidades de saúde do grupo de usuários em insulino terapia em acompanhamento no Programa de Automonitoramento Glicêmico evidenciou importantes aspectos vinculados ao cotidiano social e ao estabelecimento do vínculo com o equipamento de saúde. Destaca-se o processo de trabalho da equipe Estratégia Saúde da Família como fundamental na organização de um cuidado centrado na pessoa, onde atributos gerenciais estão diretamente associados à constituição de experiências do adoecer. Não menos importante, o adoecimento mostrou-se secundário aos obstáculos do viver a vida e às interposições que a terapêutica insulínica introduz no cotidiano existencial dessas pessoas.

Revelaram-se atributos instauradores de necessidades de saúde nos usuários de insulina, destacando-se a qualidade dos insumos disponibilizados e a organização do processo de trabalho das equipes Estratégia Saúde da Família, constatando o afastamento da práxis do norte operacional da integralidade em saúde. Na contramão deste fenômeno, surge a importância de espaços comunitários para a consolidação de laços sociais, para a construção continuada de sujeitos autônomos em promover seu cuidado.

A triangulação das fontes informacionais nos permitiu aprofundar o entendimento do fenômeno estudado e adverte quanto à necessidade de incorporação de um processo formativo direcionado à constituição de relações horizontais entre profissionais e usuários do serviços de saúde, que seja capaz de reiterar o trabalho em saúde sob a lógica da práxis e compreender os juízos de valores que os usuários desenvolvem perante o adoecer pelo DM. Revela-se a persistência na atribuição de racionalidades técnicas em detrimento dos diferentes saberes que mobilizam as significações do viver com DM, principalmente no grupo de usuários de insulina, com vistas ao procedimento de autoadministração e controle sintomático da doença.

Ao estudar as necessidades de saúde deste grupo particular de indivíduos, criamos a oportunidade de emergência de espaços dialógicos entre profissionais e usuários do serviço local, cuja repercussão extrapola o âmbito investigativo deste

trabalho e subsidia a construção de uma prática de cuidado integral e compreensiva do todo existencial do usuário de insulina.

Como resultado técnico-operacional do estudo realizado e diante da pluralidade dos resultados emergentes após o aprofundamento do problema estudado, propõe-se a utilização do guia temático para as atividades comunitárias a partir do qual encontram-se compiladas as principais categorias vinculadas ao adoecimento por diabetes mellitus no grupo de pessoas em uso de insulina. Espera-se, portanto, que a aplicação deste material possa auxiliar nas ações educativas desenvolvidas junto às comunidades vulneráveis e contribuir para a prática integral do cuidado dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 3, n. 1-3, p.4-20, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar>. Acesso em: 03 dez. 2018
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2018.
- AUGUSTO, Mariana Cristina et al. **Evaluation of the Capillary Blood Glucose Self-monitoring Program**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 801-809, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500801&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Uma concepção hermenêutica de saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde coletiva brasileira**. Intelligere, Revista de História Intelectual, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 139-155. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistaintelligere/article/view/115732/113281>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1301-1311, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa; MOURA, Ana Lucia (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 120 p.

BASTOS, Leonor da Silva. **Integralidade no processo de cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um Centro de Saúde de Feira de Santana**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 248p.

BENGTSSON, Mariette. **How to plan and perform a qualitative study using content analysis**. *NursingPlus Open*. Malmö, v. 2, p. 8-14, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352900816000029>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BONDIA, Jorge Larrosa. **Notas sobre o saber e o saber da experiência**. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRAGA, Gustavo Bastos; FIUZA, Ana Louise Carvalho; REMOALDO, Paula Cristina Almeida. **O conceito de modo de vida: entre traduções, definições e discussões**. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 19, n. 45, p. 370-396, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222017000200370&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. *In*: Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Portaria de Consolidação nº 3. DF: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.436/17. DF: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. **Lei nº11.347 de 27 de setembro de 2006.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasil: Câmara dos Deputados [2006]. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11347-27-setembro-2006-545572-norma-pl.html>>. Acesso em 02 dez. 2018

BRITTO JUNIOR Álvaro Francisco, FERES JUNIOR Nazir. **A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos.** Evidência, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200/186>> Acesso em: 25 nov. 2018.

BURY, Michael. **Chronic illness as biographical disruption.** Sociology of Health and Illness, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 167-182, jul. 1982. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.ep11339939>>. Acesso em 29 nov. 2018.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-4, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.16, n.7, p.3033-3040, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2018.

CANGUILHEM, George. **O Normal e o Patológico.** 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3114962/mod_resource/content/1/O_Normal_e_o_Patologico.pdf>. Acesso em 01 dez. 2018

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.139-146, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, abr. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/520/apontamentos-sobre-os-desafios-ainda-atuais-da-ateno-bsica-sade>. Acesso em 18 ago. 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. **O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n7/1502-1514/pt>. Acesso em: 20 nov. 2018

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MATSUMOTO Norma Fumie. Uma Taxonomia Operacional de Necessidades em Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Antonio Alcindo; MATTOS, Rubens Araújo. **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006

CYRINO, Antônio de Padua Pithon. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus**: contribuições à educação e comunicação em saúde. 2005. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DONIEC Katarzyna, Dall'Alba Rafael, King Lawrence. **Brazil's health catastrophe in the making**. Lancet. Cambridge, v. 392, set. 2018. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930853-5>. Acesso em: 01 jul. 2018.

DONNANGELO, Cecilia. Medicina na Sociedade de Classes. *In*: DONNANGELO, Cecilia. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1979. Disponível em: <http://www.nesc.ufpr.br/processoseletivo2015/politicas/DONNANGELO,%20Maria%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20sociedade.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. **Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p.257-63, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200257&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 nov. 2017

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira. **A relação entre o avaliador e o objeto avaliado**. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, supl. 1, p. s83-s92, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 23 jul. 2018.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2018

FRANCO, Tânia. Alienação do trabalho: despertencimento social e desenraizamento em relação à natureza. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe1, p. 171-191, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2018

FRANCO Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-16, abr. 2012. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>>. Acesso em 04 jun. 2018. Acesso em: 02 jul. 2018.

GÉRARD, Lemaine. **Claudine Herzlich, Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale**. In: In: Annales. Economies, sociétés, civilisations. 24^e année. [Paris] n. 6, p. 1519-1521, 1969. Disponível em: <https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1969_num_24_6_422185_t1_1519_0000_6>. Acesso em: 20 out. 2018

GIOVANELLA, Lígia.; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia.; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GRABOIS, Victor. Gestão do Cuidado. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

GRANEHEIM, Ulla Hallgren; LUNDMAN, Berit. **Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness**. Nurse Education Today. Umea, v. 24, n. 2, p 105-112, fev. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454>>. Acesso em: 30 jun. 2018

HOUAISS, Antônio. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas 2017**. 8 ed. Bruxelas: IDF, 2017. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em: 20 nov 2018

ILHA Silomar et al. **Vínculo profissional-usuário em uma equipe estratégia saúde da família**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 3, p.556-562, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661/pdf_341>. Acesso em: 23 jun. 2018

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care**. [Bélgica]: IDF, 2017. Disponível em: <www.idf.org/managing-type2-diabetes>. Acesso em: 23 jun. 2018

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In: PITTA, Ana Maria Fernandes. (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p55-59

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

MARINHO, Maria de Fatima Souza et al. **Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016**. *Lancet*, v. 392, n. 10149, p. 760-775, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931221-2>>. Acesso em: 01 out. 18.

MATTOS, Rubens Alves. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: Os sentidos da integralidade*. PINHEIRO, Roseni;. MATTOS, Rubens Alves (org). Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018

McCULLOCH, Adolf. Overview of medical care in adults with diabetes mellitus. UpToDate. Waltham: UpToDate, out. 2018. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 20 nov 2018

McCULLOCH, David. Self-monitoring of blood glucose in management of adults with diabetes mellitus. UpToDate. Waltham: UpToDate, out. 2018. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 20 nov 2018

MERHY, Emerson Elias; FRANCO Túlio Batista. **Trabalho em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Cuidado das Condições Crônicas da Atenção Primária à Saúde: O imperativo da Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_sau_de.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes De Atenção À Saúde: Revisão Bibliográfica, Fundamentos, Conceito E Elementos Constitutivos. In: MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 02 dez. 2018.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. **Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 515-526, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2018.

MORAES, Antonio Bento Alves de; ROLIM, Gustavo Sattolo; COSTA JR., Aderson Luiz. **O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 329-345, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/408/302>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. **A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa: Um Instrumento Metodológico Possível**. Revista Temas em Educação, João Pessoa, v.23, n.1, p98-106. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338/11399>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

NETTO, Augusto Pimazoni. **A1C e o controle glicêmico: um desafio para todos**. Jornal Brasileiro Patologia e Medicina Laboratorial, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 6, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442009000100002&lng=en&nrm=iso>, Acesso em 02 dez. 2018.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012 Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

OLIVEIRA Ivanilde Apoluceno. **O Social-Histórico e educação em Castoriadis**. Revista Cocar. Belém, v.3 n.5. p51-56, set. 2009. Disponível em: <<https://paginas.uepa.br/seer/index.php/cocar/article/download/68/67>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO Sérgio (org). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: CLANNAD. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

PAIM, Jairnilson da Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012. p. 459- 491. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PATTON, Michael Quinn. **Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis**. Health Services Research, [s.l.], v. 34, n. 5 p1189-1208, dez. 1999. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/d85c/b284822ebcfea711c9e340c61c8df033cd1c.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Processo de Trabalho em Saúde**. *In*: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em> 02 dez. 2018.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em Saúde**. *In*: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em> 04 out. 2018

PIERRET, Janine. **The illness experience: state of knowledge and perspectives for Research**. Sociology of Health & Illness. Paris, v. 25, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14498927>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

PIERRET, Janine. **Entre santé et expérience de la maladie**. Psychotropes. Paris, v.14, n.2, p. 47-59. 2008. Disponível em: < <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2008-2-page-47.htm?contenu=article>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. **A comunicação não-verbal na área da saúde**. Revista CEFAC, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 164-170, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SABROZA, Paulo Chagastelles. **Concepções sobre saúde e doença**. Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018

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. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2018

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes**. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 79, p. 71-94, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

SANTOS, Maurici Tadeu Ferreira dos. Os conceitos de “impaciência orgânica” e “modos de andar a vida”. A atualidade acerca do normal e do patológico como subsídios de Georges Canguilhem. *In*: SANTOS, Maurici Tadeu Ferreira dos. **Estresse e modos de andar a vida: subsídios de Georges Canguilhem para uma etnoepidemiologia da Síndrome Geral da Adaptação na cidade de São Paulo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **AMG – Programa de Automonitoramento Glicêmico**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=6070>. Acesso: 09 set.2017

SCHRAIBER Lilia Blima, MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. *In*: Schraiber Lilia, Baptistella-Nemes, Maria Inês, Mendes-Gonçalves Ricardo Bruno (Orgs). **Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. Disponível em: < http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_130_saude_cap_1.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018

SCHRAIBER, Lilia Blima. Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. *In*: Baptista, Tatiana Wargas de Faria; Azevedo, Creuza da Silva; Machado, Cristiani Vieira. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. p33-57

SETTON, Maria da Graça Jacintho. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SHENTON, Andrew. **Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects**. Education for Information, Newcastle, v. 22, p. 63-75, jan. 2004. Disponível em: <<https://eric.ed.gov/?id=EJ792970>>. Acesso em 03 jul. 2018.

SILVA, José Paulo Vicente.; BATISTELLA, Carlos; GOMES, Mauro Lima. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 159-176. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>. Acesso em: 14 dez.18.

SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. Building the relationship. *In*: SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. **Skills for Communicating with Patients**. 3 ed. Londres: CRC Press, 2013

SIMON, Judit et al. **Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial**. British Medical Journal, Oxford, p. 1-7, abr. 2008. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/336/7654/1177.full.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017

STEWART, Moira et al. **Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method**. 3 ed. Londres: Radcliff Health, 2014

TAVARES, Noemia Urruth, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2018

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2018

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018

VILLA, Eliana Aparecida et al. **As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família**. *Saúde em Debate* [online], Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401044&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018

WILKINSON, Richard; MARMOT, Michael. (Eds.). **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ZORZI, Fabiana De; BLOC, Lucas; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. **O corpo em expressão na disfunção erétil: as contribuições de Merleau-Ponty e Tatossian**. *Revista do NUFEN*, Belém, v. 7, n. 1, p. 48-66, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912015000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2018

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você a participar do estudo intitulado Necessidades de Saúde e Diabetes Mellitus: depoimentos de usuários acompanhados na Estratégia Saúde da Família que visa caracterizar a integralidade na prática da Estratégia Saúde da Família e sua relação com o acompanhamento de usuários diabéticos insulino-dependentes, no curso de Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo.

Você participará de uma Roda de Conversa sendo o diálogo com o grupo gravado único e exclusivamente para fins de análise de conteúdo a ser realizada em ambiente adaptado já utilizado para encontros com a comunidade (sala de reunião) na Unidade Básica de Saúde Vila Campestre. O acesso ao conteúdo audiogravado está restrito ao pesquisador responsável dessa pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador responsável é o profissional médico ***Ivan Wilson Hossni Dias***, que pode ser encontrado no endereço Rua Artur Nunes da Silva, 301 – Vila Campestre – São Paulo – Fone: 5011-4278. **Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050 – E-mail: cep@unifesp.edu.br e/ou Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com"**

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, **sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento** na Unidade Básica de Saúde Vila Campestre.

As informações obtidas serão analisadas entre os pesquisadores envolvidos, **não sendo divulgado a identificação de nenhum destes.**

A você será assegurado o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando os resultados forem conhecidos.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Há o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado SOMENTE para esta pesquisa. Embora pouco provável, a entrevista pode causar algum desconforto ou constrangimento ao participante.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Necessidades de Saúde e Diabetes Mellitus: depoimentos de usuários acompanhados na Estratégia Saúde da Família". Eu discuti com o Dr. Ivan Wilson Hossni Dias sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste paciente (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data: ____/____/____

Nome do pesquisador principal

Assinatura

Apêndice B - Roteiro para roda de conversa com usuários de insulina

Moderador: apresentação pessoal.

Objetivos do Estudo: Discutir com a Equipe Saúde da Família a prática de acompanhamento de pacientes DM insulino-dependentes.

Orientações Gerais:

Não existem respostas certas ou erradas, apenas pontos de vistas diferentes.

O papel do moderador é guiar a discussão.

TEMA 01 – DIABETES MELLITUS E A EXPERIÊNCIA DO ADOECER

Repercussão do DM na rotina de suas vidas

Dificuldades em ser diabético

Família e o Diabetes: pensamentos e reflexões

Condição de vida e o tratamento do DM: dificuldades (incluir condição de escolaridade, moradia, trabalho e financeira) facilidades, medos

TEMA 02 – DIABETES MELLITUS E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO EM SAÚDE

Cuidado em Saúde na Unidade Básica: disponibilidade de medicamentos, compreensão das orientações e motivação para segui-las

Facilidades para comparecer às Consultas Clínicas e dificuldades.

Profissionais importantes no cuidado

Relação com os profissionais da Equipe de Saúde da Família

TEMA 03 – DIABETES MELLITUS E O PROTOCOLO DE TRATAMENTO CLÍNICO

Pensamentos sobre o Diabetes Mellitus

Pensamentos sobre o Tratamento

Facilidades em seguir a Dieta e dificuldades

Facilidades para fazer Atividades Físicas e dificuldades

Compreensão da receita médica: quais são as dificuldades?

Facilidade no uso de medicações e dificuldades

Facilidades e as dificuldades quanto ao uso de insulina

Apêndice C – Roteiro da entrevista com os profissionais do Programa De Automonitoramento Glicêmico

Bloco 1 - Cuidado de Usuários com Diabetes Mellitus em Uso de Insulina: dificuldades e facilidades.

- a. Fale sobre suas relações com os usuários Diabéticos em uso de insulina.
- b. Fale sobre as dificuldades no cuidado desses usuários.

Bloco 2 - Necessidades em Saúde: visão dos trabalhadores sobre os usuários do Programa de Automonitoramento Glicêmico

- c. Fale sobre suas percepções das necessidades dos usuários diabéticos em uso de insulina
- d. Fale sobre as dificuldades em responder às questões e demandas colocadas.

Apêndice D – Matrizes de Análise de Conteúdo

Quadro 1 - Primeira Entrevista

Núcleo de sentido	Subcategoria	Categoria	Dimensão
<p>“os médicos mudam, mas não mudam no consentimento de entrega de insumos então eu acho que isso fica muito pendente então você tem que toda hora estar cobrando ou o médico ou paciente”</p> <p>“o médico que está dentro da unidade ele não visualiza isso eu acho que isso fica muito pendente as vezes “ai mudou pra três vezes por dia o automonitoramento glicêmico, aumentou a insulina” só que na dispensação de insumos mesmo eu não sei, eu só tenho aquele laudo que tá ali que diz que é duas, uma vez e é meio que dá um atrito com o paciente”</p>	<p>Registro das informações</p>	<p>Organização do trabalho</p>	<p>Processo de trabalho da ESF</p>
<p>“mas assim você tá ali só entregando os insumos, agora não tem quem acompanhe, que esteja ali orientando, porque são muitos, eu acho que são 300 e poucos pacientes de AMG, você sabe na hora do descarte que você vai dar baixa”,</p> <p>“tô chamando atenção do paciente, tô conversando, tô falando, tô explicando mas eu ali não tenho só como é estar ali visualizando um por um, então acho que falta acompanhamento de um enfermeiro, de uma visita domiciliar até mesmo o médico se tá trocando a seringa, se tá trocando a agulha, reforçar então acho que falta bastante isso”</p> <p>“hoje você não tem mais essa explicação pro paciente, você não tem mais essa conversa... é de uns tempos pra cá, de dois meses pra cá, já entrou uns trinta pacientes novos, será que o profissional lá encima, o médico, a enfermeira explicou isso, sobre alimentação, hábitos alimentares, é tem uma nutricionista que vai acompanhar, tem um endócrino que vai estar ensinando as coisas, acho que falta muito isso...”</p>	<p>Acompanhamento multiprofissional</p>		
<p>“cada equipe fazia o seu grupo com seus pacientes, quer dizer o enfermeiro tinha acesso quem era dele, hoje o enfermeiro não sabe mais quem é quem”</p> <p>“nós ensinávamos como estar montando as caixas, como usar, como tínhamos a fisio junto que passava atividades pra pessoas diabéticas, de como elas movimentar de como elas fazer as coisas pra evitar bater, enfim essas coisas é tinha orientação de enfermeira quanto a alimentação, a gente orientava”</p>	<p>Atividades em grupo na comunidade</p>		

<p>“então a gente dá baixa e ao mesmo tempo sabe quanto ele usou até ele retornar no próximo retorno”.</p> <p>“Hoje não, hoje eu meio que converso com todos ali tá fazendo corretamente hoje a gente tem um sistema que você consegue monitorar”</p>	<p>Controle da Dispensação de insumos</p>		
<p>“Eles não fazem corretamente muitas vezes por mais que a gente oriente, oriente eles sempre tá usando a mesma agulha tem uma paciente que está usando a mesma seringa há muito tempo então você não tem o acompanhamento deles pra verificação se estão fazendo corretamente se o descarte é correto eu falo olha tem essa necessidade “ah não, tô furando muito o dedo, meu dedo tá muito dolorido”</p>	<p>Uso dos insumos</p>	<p>Capacidade de autocuidado</p>	<p>Automonito- ramento Glicêmico</p>
<p>“Alguns tem dúvida perguntam eu tô aplicando certo olha eu tô cansado de aplicar na barriga tá bom, mas o senhor tem o braço, tem a coxa ah não mas eu posso fazer na coxa no vasto lateral? sim o senhor pode, pode fazer também no braço e eles às vezes falta também essa orientação”</p> <p>“eles acham que é só abdômen ou eles guardam só abdome que é lá que você começa o uso da insulina ai você explica, fala, fala mas vai do entendimento do paciente”</p>	<p>Orientação da aplicação de insulina</p>		
<p>“eles trocaram os aparelhos e de uma certa maneira esses aparelhos a fita não é comprável em lugar nenhum, só existe um distribuidor que distribui direto pra prefeitura e aí acabou fica três semanas sem, e eles chegaram a comprar aparelhos novos pra eles utilizarem fitas pra eles manterem o controle”</p>	<p>Disponibilidade e dos insumos</p>	<p>Insumos</p>	
<p>“temos uma qualidade de seringa péssima, então de uma certa maneira eles reclamam muito, olha a seringa é de péssima qualidade eu não consigo colocar a agulha, a agulha entorta, a agulha eu não consigo aspirar, então tem muita dificuldade com a qualidade do produto hoje”</p> <p>alguns chegam a comprar o insumo, “porque a qualidade é muito inferior ou a pele é muito grossa e na hora de colocar ela entorna ou na hora de injetar não consegue e tem que se perfurar novamente então é alguns falam que acaba criando um nódulo no local devido a dificuldade do material”</p>	<p>Qualidade dos insumos</p>		

FONTE: Autoria própria
Adaptado Graneheim e Lundman, 2004

Quadro 3- Segunda Entrevista

Núcleo de sentido	Subcategoria	Categoria	Dimensão
<p>uma dificuldade que acontecia, formava fila, e às vezes o laudo estava errado, a prescrição estava errada, então às vezes o paciente ia na sala da enfermagem e voltava ainda com coisas errada</p>	<p>Registro das informações</p>		
<p>Eu acho que ele deveria ser mais visto, ter mais grupos, ter mais orientação, porque às vezes tem paciente que ele puxa e é tão pequena as unidades às vezes aquele paciente tem dificuldade visual ou também o companheir@ às vezes não sabe medida certa daquilo ali foi orientado pra ele não pode estar usando aquela insulina só que ela tem um período depois da primeira aplicação pode usar por 30 dias então ela vai diminuindo o poder da absorção dela os a ação dela no organismo então falaram pra ele não eu posso continuar tomando eu falei então mas já não venceu não completou os 30 dias, já completou mas me informaram que eu posso continuar usando então já são coisas também que informações divergentes a gente orienta o que é certo e outro profissional orienta o que é errado</p>	<p>Acompanhamento multiprofissional</p>		
<p>eu acho que deveria ter regularmente, uma vez por mês, grupos com a população que já faz o uso do material, dos kits, tudo retomar um pouco mais junto com os pacientes um grupo eu pego todo o material vejo o laudo certinho e evita essa correria de paciente na fila, reclamações tudo, e às vezes a prescrição não tem, o laudo tava errado, então assim deu uma ajudada nisso daí, então a gente já tinha um certo vínculo e os pacientes já conhecia nosso trabalho porque praticamente 90 % são os mesmo paciente que tinha nos primeiro grupo, ai depois esse grupo infiltrou a enfermagem que dava orientação que tinha <i>alguns tipos de palestra</i> é mostrava como que fazia uso da insulina, as aplicações, media peso, teste tudo com a enfermagem... eu acho que deveria esses novos também ter algum tipo de grupo com eles de mais uma orientação a mais mesmo que regular uma vez por mês ou um dia assim próprio só pra esse tipo de grupo...Muitos não sabem o que p diabético pode estar usando</p>	<p>Atividades em grupo na comunidade</p>	<p>Organização do trabalho</p>	<p>Processo de trabalho da ESF</p>

<p>Sim e sempre são os mesmos pacientes que tiveram grupos que tiveram orientação e ainda tem esse é mas como é que eu guardo. E a gente sempre explica pela indústria pelo fabricante depois da primeira aplicação você deixa em temperatura ambiente não exceder em mais de 25 ou no caso se você for pra algum local se tiver que colocar ela dentro de um carro e tá uma temperatura muito mais alta dentro do carro então você tem que pegar uma caixinha com o gelox tal pelo menos até você chegar na sua casa</p>	<p>Armazenamento da Insulina</p>	<p>Capacidade de autocuidado</p>	<p>Automonitoramento glicêmico</p>
<p>Depende se aquela pessoa tem família ou não ou se ele tem dificuldade de leitura às vezes tem uma prescrição de um médico particular e tem uma prescrição de um médico do SUS então às vezes eles tinham que ver o que o médico lá prescreveu e o que o atual prescreveu numa nova receita então às vezes eles não segue um padrão é pra ser feito aquela receita antiga ou a nova, então as vezes segue esse daqui. É às vezes lá o médico ele prescreve metformina 850 mg 8/8 horas e a daqui já prescreve glicazida + insulina + glibenclamida ou metformina de 500 mg então já peguei prescrição de médico de fora que era de 850 e outros médico de 500, metformina então eu acho que eles tem muita dificuldade nisso às vezes eles seguem aquela receita antiga junto com a nova então ela já viu muitas medicações que eles pegam todo mês não usa adequadamente ou quando usa às vezes aquela medicação não é quantidade que está tomando as vezes até o médico já mudou a prescrição Trazem a antiga e isso dificulta...eu acho que 80 % da população não toma medicamento certo eles não seguem o padrão que o médico prescreve se é uma dose de 8/8 hs eu acho que 90 por cento não segue o que é pedido desde a medicação que é os comprimidos até a insulina a regular e NPH</p>	<p>Prescrição Médica</p>		
<p>não era pra faltar o material isso se já era um programa não era pra faltar o material então às vezes uma falta do material que nem agora um fabricante que vende o material pro SUS em farmácia e drogaria não tem pra comprar então às vezes teve paciente aqui que compraram o aparelho antigo pra ele poder comprar a fita e as tiras em torno de 80 a 100 reais por causa dessa falta que teve</p>	<p>Disponibilidade dos insumos</p>	<p>Insumos</p>	
<p>eu acho que a qualidade dela bem inferior a do que vinha você tem muita queixa de agulha dura, duas agulhas em um só seringa, agulha torta teve paciente que fez aplicação que a agulha ficou nele, quando ele puxou a agulha ficou no local onde ele fez a aplicação, então tem muita reclamação, o paciente sente mais dor</p>	<p>Qualidade dos insumos</p>		

FONTE: Autoria própria

Adaptado Graneheim e Lundman, 2004

Quadro 3 - Terceira Entrevista

Núcleo de sentido	Subcategoria	Categoria	Dimensão
orientação infelizmente lá na medicação nós temos um horário bem curtinho, muitas pessoas querem entrar... paciente chega quer ser atendido não quer esperar a pessoa dar atenção para outro paciente então assim não entende a necessidade do outro.	Agenda de trabalho		
grupos tinha uma eficácia maior. Eu acho que você estar com pacientes em grupo todos são mais susceptíveis porque todos tem o mesmo problema então eles vão ouvir o que o outro tem então aquela explicação que a gente está dando é a mesma dificuldade que o outro paciente tem...Quem está dentro do grupo eles sabem essa dificuldade e eles conseguem compreender a necessidade do outro então entendem que é necessário que explique que pare oriente sobre alimentação que volte mais vezes que veja as medicações que traga as medicações pra que a gente possa reorganizar ver a receita se está vencida, se não está, se trocou, se fez os exames a última vez que vez os exames, relatórios médicos, eu acho que o grupo tem uma gama muito maior, atinge uma gama muito maior tirava as dúvidas aqui vocês só atendem e a gente vai embora a gente não tem tempo pra conversar porque já tem outra pessoa querendo falar com vocês então fica difícil então a gente vê um horário mais calmo pra que essa pessoa que tenha dúvida possa vir e tirar as duvidas	Atividades em grupo na comunidade	Organização do trabalho	Processo de trabalho da ESF
alguns tem dificuldade de aplicação não conseguem enxergar alguns pacientes cegos que realmente fazem a aplicação, mas não sabem se estão aplicando certo ou não, mas a maioria deles sentem essa dificuldade desse controle pessoal eles falam não tem ninguém pra aplicar, eu não sei, não enxergo, tenho dificuldade para manusear, eu esqueço	Uso dos insumos		
alguns prestam atenção e outros não conseguem entender ah eu não entendi não sei nem porque estou usando, mas como assim você não perguntou pro medico, o médico não disse, você não fez exame, fiz mas você não perguntou pro medico porque que chegou isso porque tem que tomar, não, simplesmente eu peguei e vim tomar, não mas você tem que perguntar, tem que saber o que está tomando, fazendo o acompanhamento, se você já fez outros exames, aí fala é mas eu nem perguntei, mas eu vou tomar, tá bom, mas o certo é você perguntar, depois se continuar com dúvida volta na sala do médico e pergunta na próxima consulta pra você não ficar com dúvidas porque dúvidas não é muito bom, tire todas as suas dúvidas...se continuar com dúvidas depois que você passou e achar que precisa de mais orientação desce que a gente orienta de novo	Prescrição Médica	Capacidade de autocuidado	

<p>a gente explicar olha a medida é essa você tem outros lugares pra aplicar, a sua alimentação tem que ser assim, se o senhor tiver dificuldade volta quantas vezes for necessário, essa orientação tem ajudado bastante, percebi que essa informação tem ajudado bastante</p>	<p>Orientação da aplicação de insulina</p>		
<p>eles não <i>compreendem</i> o que é realmente o diabetes e o que ela afeta, é o que eles demonstram isso, então acho se eles deixarem de se alimentar de doces tá tudo bem, se a diabetes estiver regular não precisa tomar insulina, não preciso me cuidar, agora se o diabetes aumentou aí é preciso vir eu acho que por mais que a gente faça eles ainda não têm essa <i>compreensão</i> toda do que ele causa o que traz pra vida deles e uma preocupação que eu tenho é a tristeza mesmo de ver eles perdendo membros, visão por estilo de vida... <i>por mais que a gente faça eles ainda não têm essa compreensão toda do que ele causa o que traz pra vida deles e uma preocupação que eu tenho é a tristeza mesmo de ver eles perdendo membros, visão por estilo de vida</i></p>	<p>Compreensão sobre o DM</p>		<p>Automonitoramento glicêmico</p>
<p>paciente que a gente cuida, depois que a gente chamou a esposa e orientamos ela de como ele deve usar e ele tá tomando tá melhor também e a glicemia dele tá uma maravilha, 90, 98, 113, quando chega 200, 200, no máximo tranquilo e vive se cuidando nesse sentido Familiar extremamente importante se ele não estiver dando apoio pra essa pessoa que tem diabetes</p>	<p>Apoio Familiar</p>		
<p>olhar mais humanizado de todos os profissionais da nossa área porque nós estamos exatamente isso nós estamos cuidando deles para que eles possam se cuidar a gente fica triste quando acontece esse tipo de coisa porque tem pessoas que você viu andar, que você viu enxergar e não tão enxergando, não tão vendo mais, não consigo mais fazer minhas coisas, tô precisando dos outros então isso é muito triste ver os pacientes desse jeito de tanto que <i>a gente fala não faça isso</i>. Extremamente impotência de não poder fazer nada porque não vai partir mais da gente, parte da pessoa e aí isso é triste o trabalho da gente mesmo é eles não aderirem é eles não compreenderem realmente o que é Diabetes o que ela causa é tipo irreal eles acharem que se controla não e é algo que tem que ser acompanhado mês a mês, tem que estar junto com o médico, com a equipe, pra ser avaliado, no meu ponto de vista, no que já vivi, <i>descaso</i> deles mesmo</p>	<p>Autonomia</p>	<p>Autocuidado Apoiado</p>	
<p>“comi demais ah não mas a minha diabetes tá alto mas é porque eu comi um bolinho, um docinho” então eles sabem que a diabetes tá alta mas já chegam dando uma contra referência dizendo de porquê está alta então eu percebo muito deles.</p>	<p>A Dieta e o Sentimento de Culpa</p>		

<p>a fita principalmente a fita é muito triste porque eles ficam desesperados “não tenho fita, como é que eu vou fazer, é muito caro” porque a gente sabe que é muito caro Mudou e essa daqui não é aquela que vende em qualquer lugar, ela não vende, então eles ficam desesperados</p>	<p>Disponibilidade dos insumos</p>	<p>Insumos</p>	
<p>as seringas machucam demais a pele deles principalmente as pessoas de idade eles sofrem porque a agulha é grossa e as vezes quando você abre o velcro tem três agulhas no único lugar, ou agulha torta, ou faltando pedaço, teve uma que quebrou quando a gente foi colocar no frasco ampola, a agulha ficou no frasco, então essas coisas nos preocupa,</p>	<p>Qualidade dos insumos</p>		

FONTE: Autoria própria
 Adaptado Graneheim e Lundman, 2004

Quadro 4 - Quarta Entrevista

Núcleo de sentido	Subcategoria	Categoria	Dimensão
<p>se a gente tivesse mais tempo pra orientar porque aqui as vezes eu to sozinha, o correto é ter sempre os dois, o certo é a dupla conferência, mas nem sempre eu posso, então as vezes a gente tem dificuldade e fica um tempão com o paciente um tempão um tempão só que o outro também às vezes fala tá um tempão com essa menina essa menina é lerda ou vice versa ou reclama do paciente que tá demorando e você acaba correndo pra poder atender o próximo e a gente não dá atenção necessária pra esse</p>	<p>Agenda de trabalho</p>		
<p>Tinha grupos eu achava muito importante grupos porque antigamente era assim quando renovava o laudo esse grupo alguns grupos né fazia não era todos que tinha essa prática mas eles pesavam o paciente eles falavam sobre alimentação sobre esse paciente eu lembro de subir pegava lá encima e aferir o destro os destros que tavam alto eles davam um bronquinho assim ah o que você comeu, aí sem querer o paciente falava ah ontem eu fiz um doce de banana, um doce de leite, né, eu via isso achava muito legal, muito importante e se voltasse essa questão de mais atenção ao paciente, grupo, acho que seria perfeito, porque assim paciente mesmo os mais idosos eles adoram o grupos, adoram, adoram, o grupo de idoso na Igreja Nossa, lotava, lá o Daniel falava tudo sobre alimentação se você for perguntar hoje do grupo de idosos eles vão falar o que podia comer, das broncas que o Daniel dava, mas na época que o Daniel ajudava era perfeito.</p>	<p>Atividades em grupo na comunidade</p>	<p>Organização do Trabalho</p>	<p>Processo de Trabalho</p>
<p>tem dificuldade em montar a caixinha, o Descarpack, e tem muita dificuldade e muitas vezes eles não enxergam a seringa, tanto que esses dias a paciente falou ai eu coloco eu vim pegar insulina só que ela já tinha pegado esse mês, não mas não deu, como não deu, era pra sobrar não pra faltar, ela falou não mas eu vim pegar porque não deu eu usei tudo então acho que ela usava 7 ml por mês, era um só de manhã e ai uma frasquinho com trinta da e sobra ne, porque se ele usar dez por dia vai dar trinta ai sim usaria todo mas ia sobrar bastante E a caixinha de Descarpack também o paciente fala como é que eu faço pra montar isso, ai eu falei pra ele mas o senhor já não pega todo mês, ele falou pego mas mesmo eu pegando todo mês eu coloco na garrafa PET porque eu não sei montar, então ele pega todo mês deixa lá mas continua colocando na garrafa PET</p>	<p>Uso dos insumos</p>		
<p>“então acho que o paciente tem medo da aplicação, tem medo da medicação, tem medo da seringa só que muitas vezes se tivesse um profissional até lá mesmo que falasse é assim que funciona vou fazer assim uma semana com vocês eu acho que funcionava... muitas vezes a culpa é nossa também, as vezes a gente esquece de falar pro paciente que após aberto só vale um mês ne a gente por falar direto, direto assim e sempre os mesmo as vezes a gente acha que já falou só que as vezes a gente não falou pra aquela pessoa tem essa questão e a questão de não enxergar direito também que muitos são idosos bem velhinho ou tem problema na visão ou nem tem problema mas não consegue puxar direito a quantidade que precisa ”</p>	<p>Aplicação de insulina</p>	<p>Capacidade De autocuidado</p>	<p>Automonitoramento glicêmico</p>

<p>mas tem o problema também da fita, não tem como comprar, né, fita só pela prefeitura, então se falta fita no posto não tem como comprar em outro lugar vai ter que esperar chegar aqui, então houve há uns vinte dias atrás então ficou em falta</p>	<p>Disponibilidade e dos insumos</p>	<p>Insumos</p>	
<p>a questão de como armazenar a gente sempre fala quando a gente entrega que após aberto vale um mês só né tanto que tem até um espaço em branco atrás que a gente orienta colocar a data ali de quando abriu e a maioria inclusive a paciente falou assim será que é por isso que não faz efeito a insulina, aí eu falei não sei mas provavelmente pode ser, ela falou ai insulina NPH não faz efeito nenhum pra mim porque ela usa direto ela pega aqui e uma que ela pega da pra três meses, e após aberto só vale um mês, né, então tem essa questão também de que eles também são muito desinformados</p>	<p>Armazenamento de Insulina</p>		
<p>porque acontece muito de ir no automático, sabe, ai eu tô sempre tomei assim tanto que por acaso você mudar a ele tomar trinta hoje você vai tomar vinte sei lá acho que de 100 paciente 80 não entende que mudou que agora vai ter que tomar vinte, vinte mg do que tomar trinta a maioria assim eu acho que não pega acho que esses, aí esses que são mais novos uma paciente da equipe lilás a __, eu não sei o nome dela agora, mas da equipe lilás, ela tem 14 pra 15 anos ela aplica tudo errado</p>	<p>Prescrição Médica</p>		

FONTE: Autoria própria
Adaptado Graneheim e Lundman, 2004

Quadro 4- Quinta Entrevista

Núcleo de sentido	Subcategoria	Categoria	Dimensão
<p>a questão da diabetes é uma questão contínua não é só uma vez a cada bimestre eu acho que tem que ser quinzenal ou deixar isso claro na unidade que olha a gente tá a disposição quanto a qualquer momento pra qualquer tipo de esclarecimento, fazer grupos mesmo eu acho que isso é uma coisa, acho que é orientação porque aí vai esclarecer as dúvidas quanto ao manuseio e aplicação questão da comunicação é um pouco difícil, a gente até percebe, na verdade eu pego mais do meu setor, então quando a gente percebe uma dificuldade muito específica do paciente é o que eu falei, ó tem um caderninho na frente do balcão, anota o nome dele pra gente conversar, ou tem sala livre aí eu pego esse paciente pra eu conversar, mas assim, não tem essa comunicação diária com a equipe, lógico se tem uma coisa muito pontual a gente comunica a equipe que é muito importante, mas não é uma coisa habitual</p> <p>temos tais horários pra os esclarecimentos de dúvidas, enfermeiro tem que esclarecer, com o médico, por mais que a gente esteja de portas abertas eu acho que o grupo é muito importante e deixar datas já estabelecidas quinzenalmente com esses pacientes eu acho que isso importante ter</p>	Acompanha- mento multiprofissi- onal	Organização do Trabalho	Processo de Trabalho
<p>um grupo de fato né que antes a gente tinha grupos de orientação é né da aplicação de insulina do tratamento da diabetes então no contexto geral então acho mesmo uma questão de reforço.</p> <p>uma equipe ou outra que tinham grupos contínuos semanais então eu acho isso um dado muito importante até interessante a gente depois ver fazer um comparativo tudo, mas eu acho que isso deveria ter com uma frequência um pouco maior</p>	Atividades em grupo na comunidade		
<p>assim eu <i>tenho a facilidade que a porta é aberta</i> então qualquer dúvida eu estou a disposição mas a gente não tem um local aberto aqui adequado pra fazer um atendimento melhor mais individualizado isso que eu falo até eu pego o telefone do paciente pra depois conversar com ele de uma forma individualizado e esclarecer as coisas eu tenho que marcar né uma horinha com paciente para já fazer as devidas orientações que já é outro entendimento que aí eu sento com paciente uma meia horinha e vejo com paciente faz esse monitoramento e a aplicação de insulina</p>	Agenda de Trabalho		
<p>o manuseio do glicosímetro eu acho que eles tem uma dificuldade de entendimento mesmo uma maioria existe e mas manuseio de glicosímetro que eu vejo que eu percebo que eles falam na farmácia e pra aplicação de insulina é isso acontece frequentemente a gente vê muita sobra tanto seringa quanto né as tiras enfim os insumos isso quer dizer que eles não estão aderindo ao monitoramento ou reutilizam o material tanto a lanceta, as seringas, então isso é perceptível. É que a gente vê umas coisas que é bem corriqueira como “por que eu não posso usar a seringa dez vezes”, aí a gente tem que explicar que perde o corte, né, a questão de você ferir a pele, a cicatrização a questão da medicação e o uso de insulina, mais uma vez vou reforçar a questão do manuseio, eu percebo que eles tem dificuldade</p>	Uso dos insumos	Capacidade de autocuidado	Automonit- oramento glicêmico
<p>receita nem todas, acho que é muito pontual quando tem uma questão dúvida quanto à prescrição, de quanto aplica, de alimentação, mas existe</p>	Prescrição Médica		

FONTE: Autoria própria

Adaptado Graneheim e Lundman, 2004

Apêndice E - Guia para condução das rodas de conversa e encontros comunitários com portadores de Diabetes Mellitus em uso de insulina

