



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRUNA BORGES

**VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÃO
PRIORITÁRIA DE CUIDADOS AOS SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS 2**

MANAUS

2017

BRUNA BORGES

**VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÃO
PRIORITÁRIA DE CUIDADOS AOS SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS 2**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia, linha de pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. NILSON GOMES VIEIRA FILHO

MANAUS

2017

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

B732v Borges, Bruna
Visita domiciliar na estratégia saúde da família: ação prioritária de cuidados aos sujeitos com Diabetes Mellitus 2 / Bruna Borges. 2017 83 f.: 31 cm.

Orientador: Nilson Gomes Vieira Filho
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Psicologia da Saúde. 2. Atenção Básica de Saúde. 3. Visita Domiciliar. 4. Diabetes Mellitus tipo 2 . I. Vieira Filho, Nilson Gomes II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

À minha amada avó, Elci (in memoriam), a saudade mais presente em minha vida. Obrigada por todo afeto e cuidado. Não houve um dia de minha existência em que você não estivesse em meus pensamentos e memórias mais felizes. Ainda recorro à lembrança do seu abraço como conforto mais genuíno para sua ausência.

À Zeni Casagrande, meu alicerce e refúgio. O feixe de luz que entrou em minha vida e desde então tem me ensinado a andar com fé. Obrigada por acreditar, me ensinar a seguir em frente e estar ao meu lado nessa caminhada da vida. Sem você nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Nilson Gomes Vieira Filho, que fez dessa caminhada um grande desafio.

Ao meu companheiro nessa e em outras jornadas. Obrigada por entender a minha ausência e ter estado sempre por perto colaborando em todos os sentidos para que eu pudesse me dedicar 100% a esse trabalho. Ter você ao meu lado nesse percurso trouxe a segurança que eu precisava para seguir em frente mesmo quando parecia não ser mais capaz.

Aos familiares que estiveram ao meu lado e torceram por esse momento, em especial aos que vivenciaram de forma mais próxima meu cotidiano e desenvolver deste. Obrigada Fabi e Emerson pela amizade, disponibilidade e por estarem sempre por perto me ajudando, incentivando e compartilhando tantos momentos de vida.

Aos amigos que andaram ao meu lado nesse trajeto, vocês tornaram todo o processo muito mais significativo e afetuoso, em especial, Nayandra e Hillene.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, pelo apoio sempre dispensado. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela bolsa de pós-graduação concedida a esta pesquisadora, fundamental para o desenvolvimento e dedicação exclusiva a essa pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde pela autorização para realização da pesquisa.

Aos profissionais da UBSF por disponibilizarem seu tempo para a viabilização dessa pesquisa.

Aos usuários que me receberam com tanto carinho em suas casas.

De tudo ficaram três coisas
A certeza de que estamos começando
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo
Da queda, um passo de dança
Do medo, uma escada
Do sonho, uma ponte
Da procura, um encontro!

Fernando Sabino

RESUMO

O objeto de estudo dessa pesquisa foi a prática de visita domiciliar, de caráter prioritário, para os cuidados de sujeitos/usuários com DM 2 na Atenção Primária de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), em Manaus. A abordagem da Psicologia da Saúde, de orientação comunitária, destaca como eixos norteadores a atuação territorial, multiprofissional, e os processos biopsicossociais implicados nas condições de saúde/doença, e na integralidade do cuidado a saúde. Os objetivos principais foram: a) investigar a prática de cuidados à saúde de uma UBSF, em Manaus, focada nas situações de visita domiciliar enquanto ação prioritária para sujeitos/usuários destacando os aspectos psicossociais nessa ação de cuidados; b) Analisar a prática das visitas domiciliares realizadas com aqueles sujeitos com DM2 em comorbidade com HAS, inseridos no programa HIPERDIA; c) Estudar dois exemplos significativos de usuários em experiências de sofrimento/adoecimento de DM2 e HAS em cuidados domiciliares. O método utilizado foi o da observação participante que possibilitou a implicação da pesquisadora no cotidiano do campo investigativo (UBSF). A análise dos resultados, de característica descritivo-exploratória, mostrou precariedades nas condições de vida dos usuários no território adscrito. Dos vinte e um sujeitos/usuários visitados, dezesseis estavam relacionados ao programa HIPERDIA. Assim, nove visitas a sujeitos com DM 2, três com DM 2 em comorbidade com HAS e outros três com Hipertensão. As cinco restantes diziam respeito a outros processos de adoecimento. De maneira geral, esses atendimentos tendiam a seguir uma lógica mais voltada ao modelo biomédico, com algumas nuances sociais. Entretanto, na fala dos usuários visitados percebia-se problemáticas psicossociais implícitas, muitas vezes, pouco trabalhadas na relação de cuidados e ainda não adequadamente articuladas com a sintomatologia biomédica. Os estudos de caso exemplificaram de forma específica essa dinâmica de cuidados, revelando também uma relação empática entre os profissionais e usuários. Além de colocar em evidencia que a rede de cuidados familiar, quando colaborativa, contribuía com a melhora da qualidade de vida do usuário e de seu autocuidado. Nas considerações finais enfatizamos a importância da psicologia da saúde como contribuição científica para a APS e a prática das visitas domiciliares na UBSF.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Atenção Básica de Saúde; Psicologia da Saúde; ; Diabetes Mellitus tipo 2

ABSTRACT

The study object of this research was the practice of a home visit, a priority, for the care of subjects / users with DM 2 in Primary Health Care in the Unified Health System (SUS), in Manaus. The community-oriented approach to health psychology focuses on territorial, multiprofessional and biopsychosocial processes implicated in health / disease conditions and integral health care. The main objectives were: A) to investigate the health care practice of a UBSF, in Manaus, focused on the situations of home visits as a priority action for subjects / users highlighting the psychosocial aspects in this care action; B) To analyze the practice of home visits performed with those subjects with DM2 in comorbidity with SAH, inserted in the HIPERDIA program; C) To study two significant examples of users in experiences of suffering / illness of DM2 and SAH in home care. The method used was that of the participant observation that made possible the implication of the researcher in the daily life of the research field (UBSF). The analysis of the results, with a descriptive-exploratory characteristic, showed precariousness in the living conditions of the users in the assigned territory. Of the twenty-one subjects / users visited, sixteen were related to the HIPERDIA program. Thus, nine visits to subjects with DM 2, three with DM 2 in comorbidity with hypertension and three with hypertension. The remaining five were related to other illness processes. In general, these tendencies tended to follow a logic more focused on the biomedical model, with some social nuances. However, in the speech of the users visited, we could see implicit psychosocial problems, often little worked in the care relationship and yet not adequately articulated with the biomedical symptomatology. The case studies specifically exemplified this care dynamics, also revealing an empathic relationship between professionals and users. In addition to showing that the family care network, when collaborative, contributed to the improvement of the user's quality of life and self-care. In the final considerations, we emphasize the importance of health psychology as a scientific contribution to APS and the practice of home visits in the UBSF.

Keywords: Health Psychology; Basic health attention; Home Visit; Diabetes Mellitus type 2

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agente Comunitária de Saúde

APA - Associação Americana de Psicologia

APS - Atenção Primária de Saúde

CEP - Comitê de ética em Pesquisa

DM 2 - Diabetes Mellitus tipo 02

ESF - Estratégia saúde da família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos

MEV - Mudança para o Estilo de Vida

NASF - Núcleo de apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OP - Observação Participante

PROSAMIN - Programa Social e Ambiental dos Igarapés de Manaus

RAS - Redes de atenção à Saúde

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento livre e esclarecido

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

Introdução	13
1 Contexto Institucional: situando a problemática da pesquisa	17
2 Pressupostos teóricos	24
2.1. Psicologia da saúde: origem e perspectivas.....	24
2.2. Processos biopsicossociais e a integralidade do cuidado a saúde.....	27
2.3. Diabetes Mellitus: compreendendo as condições crônicas de saúde.....	31
2.4. Visita domiciliar como estratégia de cuidados prioritários à DM 2.....	32
2.5. Visita domiciliar e territorialização do cuidado.....	33
2.6. Visita domiciliar e estilo de vida.....	34
2.7. Visita domiciliar e a dimensão espiritual-religiosa.....	35
3 Metodologia	36
3.1. Método: observação participante	36
3.2. O campo investigativo	37
3.3. Recursos metódicos da coleta do material de campo	39
3.3.1. Diário de campo.....	39
3.3.2. Material documental.....	39
3.3.3. Prontuários dos pacientes.....	39
3.4. Sujeitos participantes	37
3.5. Posições da observadora participante.....	40
3.6. Cuidados éticos da pesquisa	40
4 Análise dos resultados e discussão	42
4.1. Contextualização do território adscrito da UBSF.....	42
4.2. A prática de cuidados em situação domiciliar.....	43
4.2.1. Visitas domiciliares a sujeitos com DM2.....	44
4.2.2. Visitas domiciliares a sujeitos com DM2 e HAS	47
4.2.3. Visitas domiciliares a sujeitos com HAS.....	49
4.2.4. Visitas domiciliares a sujeitos com outras enfermidades.....	50
4.2.5. Discussão das visitas domiciliares.....	52
4.3. O acompanhamento de cuidados a saúde em domicílio.....	57

4.3.1. Apresentação de dois exemplos significativos referente ao cuidado domiciliar ...	57
4.3.2. Dona Maria: exemplificando o cuidado domiciliar para DM2 e HAS	59
4.3.3. Sr. Paulo exemplificando o cuidado domiciliar para DM2 e HAS.....	67
4.4. Comentando os exemplos apresentados	71
Considerações finais.....	74
Referências	77
Anexos.....	80

Introdução

Esta dissertação foi iniciada com nossa inserção no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicologia da Saúde (LAPSA), do Mestrado em Psicologia (UFAM). As pesquisas e reflexões do grupo discutiam então o contexto da Atenção Básica de Saúde (ABS) e suas modalidades de cuidados ofertadas. Dentre os assuntos discutidos estavam os relacionados às condições crônicas de saúde, especificamente, aos sujeitos/usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2).

As primeiras discussões foram centradas no material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, referentes aos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2012; 2013b). Esses Cadernos dizem respeito à política nacional de atenção básica e às estratégias de cuidados aos sujeitos com DM 2. O objetivo de reflexão sobre tal material era tentar compreender de que forma as diretrizes de cuidado estavam sendo preconizadas e operacionalizadas através das ações junto ao referido grupo de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após várias leituras e reflexões, percebemos algumas lacunas quanto à linha de cuidados estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) para os sujeitos com DM. Ainda que essa pontue a importância de um acompanhamento longitudinal e territorial, a proposta de cuidados do Ministério se mostra ainda mais vinculada a um modelo de interpretação biomédica.

Entendemos que uma compreensão mais aprofundada sobre tais “lacunas” por parte das equipes de saúde possibilitaria uma resolutividade mais satisfatória das demandas e perspectivas dos pacientes quanto ao quadro de DM. Essa perspectiva poderia contribuir para uma práxis mais eficaz das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)¹, para minimizar, assim, os agravos e a necessidade de encaminhamentos para níveis mais especializados do serviço de saúde.

Esses questionamentos nos apresentaram a necessidade de uma aproximação com a realidade dos serviços da ABS. Realizamos essa aproximação por meio de visitas a três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Somente por meio das visitas poderíamos ter

¹ A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de atuação que visa à reorganização da Atenção Básica de Saúde (ABS) no Sistema Único de Saúde (SUS). É vista como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorganização do trabalho com maiores chances de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção em saúde, de ampliação da resolutividade e impacto nas condições de saúde das pessoas e comunidades, além de propiciar uma importante relação custo-efetiva (BRASIL, 2012).

uma melhor compreensão da dinâmica de atuação e do planejamento das ações desenvolvidas por essas equipes multidisciplinares em seus territórios, principalmente, relacionadas às atividades desenvolvidas com os pacientes com DM 2, foco do nosso trabalho.

Foram efetuadas visitas a três UBSFs. O objetivo foi duplo. Por um lado, precisávamos ter uma melhor compreensão sobre a dinâmica de atuação e planejamento dos cuidados acima referidos, bem como das ações desenvolvidas por essas equipes multidisciplinares, principalmente, relacionadas às atividades desenvolvidas aos pacientes com DM 2. Por outro, as visitas de conhecimento a serviços de APS no SUS nos ajudariam a definir o campo investigativo da pesquisa.

Constamos que na prática das UBSFs os cuidados ao DM 2 se dá no contexto do programa HIPERDIA. Trata-se de um programa que acompanha pacientes com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Verificamos que alguns desses pacientes vivenciavam agravos em suas condições de adoecimento crônico. Esses agravos praticamente os impedia de participar das atividades de cuidados no espaço institucional da UBSF, requerendo da equipe atendimento em domicílio. Por isso, a visita domiciliar assumia um papel prioritário para administração dos cuidados desses usuários.

Essa vivência no contexto da ESF e a identificação dessa parcela de usuários que de maneira transitória ou permanente não consegue chegar até a UBSF para acompanhamento de suas condições crônicas tiveram um impacto sobre o rumo do nosso trabalho. Nosso objeto de pesquisa foi direcionado à questão. Não se pode desconsiderar a importância dos desafios e as possibilidades enfrentadas ao trabalhar com os sujeitos/usuários em seu território de vida mais íntimo (residência), sabendo o quanto esse espaço pode ser propício para o reconhecimento de demandas mais complexas do acompanhamento de cuidados à saúde, tanto em âmbito individual como familiar e social.

A escolha do campo investigativo foi uma das três UBSFs visitadas. Sua escolha específica se deu por ser considerada como referência pela gerência de Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA – no acompanhamento aos usuários com DM. Além da referência institucional, acrescentamos como critérios complementares, as atividades desenvolvidas para o acompanhamento visita domiciliar aos cuidados de sujeitos/usuários com DM2.

Trata-se de uma UBSF que funcionava há mais de 10 anos e cujos profissionais eram alí atuantes, no mínimo, há cinco anos no território adscrito. A população assistida pelo serviço apresentava uma situação socioeconômica precária, em sua maioria, com número

relativamente importante de pacientes idosos vivenciando condições crônicas de saúde, principalmente em situações de agravos.

Com o objeto de pesquisa definido, era preciso definir as bases teórica e metodológica que fundamentariam a análise. A perspectiva da psicologia da saúde nos forneceu tais fundamentos. Essa orientação mostrou-se pertinente, estando diretamente relacionada a problemáticas dos processos saúde/doença em contexto territorial. Além disso, é uma abordagem que leva também em consideração as dimensões psicológicas, sociais e espirituais implicadas nas práticas de cuidado em saúde pública convergindo com essa perspectiva, a observação participante se mostrou como método mais adequado, visto que possibilitaria a inserção da pesquisadora diretamente no cotidiano da equipe da UBSF e permitindo também a construção de um conhecimento científico implicado nas demandas concretas desse serviço e de seus usuários.

Assim, o trabalho tomou forma. Os objetivos principais investigados foram a) investigar a prática de cuidados à saúde de uma UBSF, em Manaus, focada nas situações de visita domiciliar enquanto ação prioritária para sujeitos/usuários destacando os aspectos psicossociais nessa ação de cuidados; b) Analisar a prática das visitas domiciliares realizadas com aqueles sujeitos com DM2 em comorbidade com HAS, inseridos no programa HIPERDIA; c) Estudar dois exemplos significativos de usuários em experiências de sofrimento/adoecimento de DM2 e HAS em cuidados domiciliares.

A relevância social dessa investigação concerne, principalmente, a contribuição do LAPSA/PPGPSI /UFAM para desenvolvimento de pesquisa sobre prática de cuidados domiciliares em uma UBSF de Manaus, em psicologia da saúde, almejando contribuir com a assistência de cuidados a sujeitos/usuários com DM2 em comorbidade com HAS. Pretendeu-se também possibilitar novas reflexões quanto ao “olhar” do psicólogo da saúde, na orientação comunitária e a valorização dos processos psicossociais na interdisciplinariedade das equipes da ESF.

Além desta introdução, a presente dissertação foi estruturada em cinco partes. Primeiramente, situamos a problemática da pesquisa no contexto institucional do Sistema Único de Saúde, enfocando nos cuidados aos sujeitos com DM 2, programa HIPERDIA, na atenção primária de saúde. Discutimos as principais formulações normativas do Ministério da Saúde quanto a esse cuidado ofertado assim como dados epidemiológicos em âmbito internacional, nacional e municipal (Manaus -AM) de sujeitos vivendo com DM. E também

destacamos a problemática da visita domiciliar tanto do ponto de vista normativo quanto da sua importância como estratégia de cuidados na ABS no SUS.

No segundo item, discutimos os pressupostos teóricos. Apresentamos um panorama histórico sobre o surgimento e desenvolvimento do campo da psicologia da saúde, enfocando nas perspectivas oriundas da Associação Americana de psicologia (APA) e de Cuba. Ainda nesse item, expomos os principais eixos norteadores desse ramo da psicologia, vinculado principalmente a uma atuação territorial comunitária e multiprofissional e no interesse pelos processos biopsicossociais implicados nos processos de saúde/doença, na integralidade do cuidado a saúde. Focalizamos mais diretamente às condições crônicas de saúde e na visita domiciliar como principal estratégia territorial de cuidados prioritários para esses sujeitos.

No terceiro item, apresentamos a metodologia. Abordamos o método da observação participante, o campo investigativo, os sujeitos participantes dessa investigação, os recursos metodológicos utilizados para coleta do material de campo e as posições da observadora participante durante a fase de campo. Tratamos ainda dos cuidados éticos da pesquisa.

No quarto item, análise dos resultados e das discussões buscamos analisar as experiências empíricas em articulação com o pressuposto teórico escolhido enfocando na contextualização do território, na prática de cuidados em situação domiciliar e na apresentação de dois estudos de caso como exemplos significativos do acompanhamento prioritário em âmbito domiciliar.

Por fim, as considerações finais do trabalho e principais contribuições para a prática dos serviços de saúde.

1 Contexto Institucional: situando a problemática da pesquisa

Apresentaremos o contexto sistêmico institucional para os cuidados dos sujeitos com DM 2 na Atenção Primária de Saúde (APS), cenário que dá sentido a problemática da presente pesquisa.

O Ministério da Saúde caracteriza a ABS como porta de entrada preferencial dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso se dá por meio de um conjunto de ações desenvolvidas tanto em âmbito individual quanto coletivo, objetivando a proteção e promoção da saúde. A ideia é assegurar uma atenção integral que impacte nas condições de saúde/doença e na autonomia das pessoas e comunidades atendidas pelo serviço público de saúde. Assim, os cuidados ofertados aos sujeitos com DM 2, objetos desta pesquisa, estão previstos para ser administrados preferencialmente no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS) (BRASIL, 2013b).

A atenção integral a saúde prevê que as práticas de cuidado ampliem seu espaço de atuação. Ela deve tomar como objeto as dimensões de vida relacionadas aos problemas e às necessidades de saúde dos sujeitos e das comunidades. Para isso ser realizado, a organização dessa prática deve envolver de forma articulada as ações que operem em nível terapêutico, preventivo e de promoção da saúde, tanto dentro do espaço da UBSF quanto no seu território adscrito, favorecendo a cobertura e eficácia do serviço.

Para operacionalização dessa prática o sintagma Atenção Básica de Saúde (ABS) é preferido ao de Atenção Primária de Saúde (APS)². Essa atenção assume diversas funções a fim de contribuir para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³. Sua principal função é ser a base dessa rede, atuando no grau mais elevado de descentralização, que é o território de vida dos sujeitos (BRASIL, 2012). A participação da equipe no cuidado aos usuários seria, portanto, sempre necessária, haja vista que essa equipe funcionaria como referência para articulação com os outros pontos especializados da rede. Espera-se da ABS resolutividade para identificação de riscos de adoecimento, das necessidades e demandas de saúde, podendo produzir ações clínicas e sanitárias

² Termo mais difundido internacionalmente

³ A Portaria 2.488, de 21 de Outubro de 2011, considera as RAS como estratégias para o cuidado integral direcionadas às necessidades de saúde da população. Dentre seus atributos destaca-se a ABS, estruturada como primeiro ponto e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado.

eficazes, buscando a ampliação da autonomia dos indivíduos e comunidades assistidas. Ela também deve coordenar os cuidados, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como organizar o fluxo dos usuários entre os pontos da RAS. Cabe a ela ordenar as redes na medida em que reconhece as necessidades básicas de saúde do seu território adscrito e organiza suas estratégias de cuidados em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para uma eficaz programação dos serviços de saúde.

Uma RAS organizada a partir da ABS tende a ser mais equitativa e resolutive. Entretanto, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta diversos desafios para sua efetivação enquanto estratégia de organização, redefinição e qualificação da ABS. Há um grande desafio para a gestão do cuidado dos usuários adscritos, principalmente por sua implantação e baixa cobertura (BRASIL, 2014).

Na cidade de Manaus estima-se que a cobertura assistencial da ABS chegue a 55%. No entanto, nem todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionam com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao considerarmos essa Estratégia, a cobertura desse ponto da rede cai para 34% da população, segundo nota técnica do Ministério da Saúde⁴. Por outro lado, quase não haveria, nesse contexto, um funcionamento adequado do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um dos principais dispositivos de suporte interdisciplinar para a ABS. A referida nota técnica aponta a existência de apenas três equipes de NASF implantadas na cidade de Manaus, número claramente muito inferior às necessidades dos serviços de saúde e da população.

Pelas informações oficiais, podemos inferir que a cobertura da ESF é insuficiente em Manaus. Para uma população de 2.057.711 de habitantes⁵, mais de 1.358.089,26 não seriam diretamente assistidos por esse ponto da RAS, necessitando buscar atendimento em outros serviços de saúde, incluindo os de saúde suplementar e os de cuidados especializados. Como mostram tais números oficiais, a importância da ESF tem sido, assim, claramente negligenciada pelas políticas públicas locais de saúde.

Essa baixa cobertura assistencial da ESF dificulta que as condições de saúde/doença sejam identificadas ainda em período inicial. Se isso ocorresse, a prevenção de agravos e o acompanhamento direto na ABS seriam facilitados, evitando que os problemas chegassem aos demais pontos da RAS com graus de comprometimento clínico elevados. Essa identificação

⁴ Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acessado em 31 de outubro de 2016

⁵ Fonte: IBGE 2015

tardia devido à baixa cobertura assistencial tende a dificultar ainda mais o tratamento de tais condições, além de gerar custos financeiros suplementares para o serviço de saúde.

As necessidades em saúde das pessoas são dinâmicas. No Brasil, o panorama epidemiológico atual é determinado por uma tripla carga de doenças, marcado pela coexistência de doenças crônicas não-transmissíveis e seus agravos, condições infecciosas e parasitárias e causas externas. Parte dessa configuração decorre de uma transição epidemiológica e do crescente envelhecimento populacional (LIMA COSTA *apud* ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Diante dessa realidade, um dos grandes desafios que se apresenta para as equipes de ESF é a administração dos cuidados de características multifatoriais para as condições crônicas (BRASIL, 2014). Isso supõe a co-responsabilização entre os profissionais e o protagonismo dos usuários para o estabelecimento de estratégias de cuidados a saúde, particularmente aqueles em processo de adoecimento crônico. Enquadram-se nessas condições, o DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Essas patologias estão entre as principais causas de hospitalizações e mortalidades no SUS.

O relatório da World Health Organization⁶, divulgado no dia Mundial da Saúde, 07 de Abril de 2016, com o lema “Vencer o Diabetes”, apontava que 422 milhões de pessoas adultas em todo o mundo viviam com Diabetes Mellitus (DM) em 2014. Esse número é quatro vezes maior do que o divulgado em 1980. Segundo esse documento, mais de 16 milhões de adultos (8,1%) sofrem de Diabetes no Brasil. Desses, 72 mil morrem anualmente. Isso representa 6% de todas as mortes registradas. O alto índice glicêmico no sangue é responsável por mais 106.600 mortes por ano no país. A prevalência do Diabetes quase duplicou. Passou de 4,7% para 8,5% da população adulta, se considerarmos o mesmo período. No Amazonas, estima-se que cerca de 180 mil pessoas sofrem de DM. Dessas pessoas, mais ou menos 50 mil são crianças. Isso reflete um aumento dos fatores de risco associados ao excesso de peso, a obesidade e a inatividade física. O relatório ainda conclui que dentre os fatores de risco o excesso de peso afeta 54,2% dos brasileiros, a obesidade 20,1% e a inatividade física 27,2 da população.

Segundo Ministério da Saúde, esses números podem ser vistos como resultantes dos agravos e complicações desencadeadas pela falta de cuidado e de controle dessas doenças ainda em período inicial. Em sua maioria, os pacientes já chegam ao serviço público de saúde

⁶ Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-health-day/en/>. Acessado em 31 de outubro de 2016.

com algum tipo de agravo e/ou comprometimento que requer imediatamente um nível mais especializado de cuidado (BRASIL, 2013b).

A World Health Organization descreve o DM como uma desordem metabólica de origem diversa, caracterizada pela hiperglicemia crônica (excesso de glicose no sangue) e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (digestão e absorção), resultantes do desequilíbrio da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). Os efeitos do DM em longo prazo incluem desenvolvimento progressivo de complicações específicas de retinopatia, conhecida como retinopatia diabética⁷, com potencial de cegueira, neuropatia, com risco de úlceras nos pés e amputações, além de disfunções e insuficiência de vários órgãos. Além disso, pessoas com DM tem maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e vasculares. Em seus estágios mais graves, o DM pode desenvolver e levar à letargia, coma e, na ausência de tratamento e acompanhamento eficaz, à morte.

Alfradique (2009) afirma que, internacionalmente, há uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da Atenção Primária de Saúde (APS). Um desses indicadores, traduzido livremente para o português como *condições sensíveis à atenção primária*⁸, representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas (como DM e HAS), deveriam ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. Dessa forma, segundo a autora, se houvesse o manejo adequado dessas condições ainda no âmbito da ABS, as hospitalizações e mortes causadas por complicações desses quadros seriam evitadas e minimizariam os agravos das condições já instaladas, que por sua vez resultam em altos custos para o sistema público de saúde.

Segundo a *International Diabetes Federation* (2009), o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não

⁷ Retinopatia diabética é uma complicação que ocorre quando o excesso de glicose no sangue danifica os vasos sanguíneos dentro da retina. As pessoas que têm diabetes apresentam risco de perder a visão 25 vezes mais do que as que não portam a doença. A Retinopatia Diabética atinge mais de 75% das pessoas que têm diabetes há mais de 20 anos.

⁸ Desenvolvido por Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12:162-73. na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis.

diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de agravos dessa condição crônica que requer níveis mais especializados de cuidado.

No ano de 2001, o Ministério da Saúde criou o Plano de Reorganização da Atenção ao DM e à HAS (BRASIL, 2001). Era o reconhecimento da importância da atenção básica de saúde para o acompanhamento dos agravos dessas condições crônicas por meio de um modelo para atenção programática, denominado HIPERDIA. O objetivo era possibilitar o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade.

O HIPERDIA (BRASIL, 2002) é um sistema de cadastramento e acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas. Ele tem por finalidade permitir o monitoramento desses pacientes identificados por meio do referido plano e, a partir dessa identificação, gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema é integrado ao "Cartão Nacional de Saúde", que transfere e recebe dados do CadSUS (Cadastro de Domicílios e usuários do SUS). Isso assegura a identificação desses usuários na Atenção Básica de Saúde, incluindo a ESF.

É na prática de atuação do HIPERDIA, pela equipe de ESF, que esse sistema de acompanhamento tende a se consolidar. Assis et al. (2012) consideram que a base para um "bom acompanhamento" aos usuários portadores de tais condições consiste no estabelecimento de uma relação de respeito e confiança entre eles e os profissionais, oportunizando, assim, trocas de experiências. A partir desse processo relacional, busca-se empoderar os usuários para promoção de autocuidados e para a tomada de decisões em conjunto referentes às terapêuticas mais adequadas para esse acompanhamento.

Dessa forma, o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos supõe a disponibilidade dos profissionais. Não somente isso. Supõe também um planejamento e uma organização da assistência de modo que consigam identificar os portadores sintomáticos e assintomáticos de tais condições crônicas, possibilitando o monitorando desses cuidados e a evolução desses quadros (ASSIS et al. 2012). Planejamento, acompanhamento e monitoramento são condições para que se estabeleçam vínculos com os usuários e suas famílias, inserindo efetivamente as concretas condições sociais e de vida do paciente às práticas de cuidados.

Assim, a construção de um vínculo relacional positivo com o usuário aparece como relevante para a eficácia das ações e estratégias de cuidados à saúde no dispositivo da visita domiciliar. Esse vínculo supõe laços afetivos de confiança entre o profissional e o usuário, no

ambiente residencial desse último e ainda conexões comunicativas e dialógicas nos atendimentos na aos que podem familiar na transmissão e compreensão mútua do processo de adoçamento e prevenção desse na dinâmica de cuidados e das demandas concretas que surgem no cotidiano.

A promoção de cuidados em caráter domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada pelas equipes de ESF. Ela se destina prioritariamente a responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão impossibilitadas de se dirigir aos serviços de saúde. As intervenções por meio desse tipo de atendimento pressupõem uma abordagem diferenciada de cuidados. Deve-se buscar a melhoria do quadro de adoecimento e a ampliação da qualidade de vida desses usuários que vivenciam perdas funcionais e têm dificuldades para a realização das atividades cotidianas de vida. A visita domiciliar pode se propor a superar uma prática pautada na objetividade, burocracia e rotina estéril do serviço de saúde e visar o reconhecimento do sujeito atendido pensando a reorganização do plano de trabalho, tendo em vista as reais e singulares condições de vida destes usuários (AMARO, 2014).

Com o reconhecimento de sua importância, a atenção domiciliar tem estado presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social nos últimos anos, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais como a Portaria 2.416⁹, a Lei 10.424¹⁰ e a RDC¹¹ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a atenção domiciliar como modalidade de cuidado na organização da assistência à saúde.

Embora se reconheça a evolução normativa, a visita domiciliar não fez parte do projeto original do SUS (SILVA et al. 2005). Ela foi incorporada posteriormente como uma modalidade de intervenção de cuidados agregada às ações anteriormente propostas, sendo

⁹ Brasil. Lei no 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos à Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União. 16 abr 2002. Seção 1:1.

¹⁰ Ministério da Saúde. Portaria no 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Diário Oficial União. 26 mar 1998;Seção 1:106.

¹¹ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC no11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial União. 30 jan 2006;Seção 1:78.

geralmente utilizada de forma complementar. Isso evidencia-se por meio da construção de experiências orientadas para extensão de cobertura assistencial já existentes ou pela “desospitalização precoce”. Além disso, ainda é limitado o debate e investimento político nessa modalidade de cuidados.

Silva et al. (2007) destacam ainda que há uma grande escassez nos registros e na sistematização de serviços públicos e privados quanto ao “fazer” do cuidado domiciliar. Mesmo quando o cuidado domiciliar ocorre por meio dos sistemas municipais de saúde, hospitais ou operadoras de saúde, muitas das vezes há certa confusão, até mesmo para os profissionais dos serviços, sobre qual é a sua real função e quais são as formas de operacionalização dessa oferta de cuidado à população.

A visita domiciliar é um recurso importantíssimo para que os profissionais de saúde possam (re)pensar suas estratégias e ações pretendidas com os usuários. Pode ser também a principal ou talvez única forma de reconhecer e trabalhar aspectos que não estejam relacionadas apenas ao diagnóstico biomédico, mas também às demais dimensões de vida vivenciadas no cotidiano dos acompanhamentos, permitindo uma melhor compreensão das demandas de tais usuários e da comunidade adscrita. O contexto da visita domiciliar também é propício para identificação precoce de situações de riscos para a saúde e de processos de adoecimento em período inicial, evitando, assim, possíveis agravos advindos da falta de cuidado precoce.

Feita a argumentação da importância e da necessidade da prática de visita domiciliar na ABS/ESF, é importante contextualizá-la dentro de determinada leitura de saúde. Entendemos que, em se tratando de uma prática de atenção primária territorial, o enfoque da psicologia da saúde é o mais pertinente para o embasamento dessa pesquisa. É o que discutiremos a seguir.

2 Pressupostos teóricos:

2.1. Psicologia da saúde: Origem e perspectivas

As últimas décadas foram marcadas por mudanças significativas nas características e nas formas de se desenvolver conhecimentos e práticas no campo da saúde. Estas mudanças foram oportunizadas pela transição epidemiológica e pelo desenvolvimento de reformulações conceituais relacionadas à qualidade de vida dos cidadãos. Foi esse contexto que contribuiu para que a atenção primária de saúde pudesse ser caracterizada como um espaço fundamental para administração de cuidados no âmbito comunitário.

Cada vez mais o contexto de saúde demanda novos profissionais. Esses profissionais devem ser capazes de contribuir com suas práticas cotidianas e capacitação para processos investigativos para o manejo dos problemas de saúde contemporâneos. Nesse contexto de mudanças paradigmáticas e novas possibilidades de atuação nesse campo, a psicologia também se vê convocada a repensar seu olhar. A psicologia da saúde emerge como um campo de prática profissional e investigativa, indo ao encontro desse novo momento e contribuindo para que muitos dos problemas de saúde pública sejam administrados em contexto comunitário.

Há certa controvérsia quanto ao surgimento da psicologia da saúde. Grande parte da literatura disponível na área e muitos profissionais interessados no campo o situam nos Estados Unidos da América, na década de 70. No entanto, há documentos registrando estudos e práticas relativas a área desde o final dos anos 1960 em Cuba (ABALO & MELÉNDEZ, 2005).

Há também os registros institucionais. Desde 1974, a Universidade de Minnesota possui um programa de doutorado em Psicologia intitulado “*Health-Care Psychology*”. Na Califórnia, nesse mesmo período, George Stone propunha um novo currículo em Psicologia, aludindo ao termo de “*Health Psychology*”. Esses cursos aparecem no bojo das discussões da American Psychological Association (APA).

Os registros de publicações igualmente apontam para o interesse na área. Em 1973, um grupo de pesquisadores da *American Psychological Association* (APA), coordenado por William Schofield, realizou uma análise das publicações americanas em Psicologia englobando os anos entre 1966 e 1973. O grupo chegou à conclusão de que os psicólogos americanos pareciam estar atraídos por problemas de saúde/doença em suas atividades investigativas. Posteriormente, formou-se um grupo com cerca de 500 psicólogos interessados

em investigar esses processos de saúde/doença. Em pouco tempo, por conta do crescente número de membros, foi proposto que esse grupo se convertesse em uma Divisão dentro da própria APA. Dessa forma, formou-se a Divisão 38 (*Health Psychology*) da APA. O primeiro livro de Psicologia da Saúde nessa perspectiva foi publicado por Stone, Cohen e Adler em 1979 e a revista *Health Psychology* iniciou sua edição em 1982 (GODOY, 1999; GRAU, 1987, 2001 *apud* ABALO & MELÉNDEZ, 2005).

A APA apresentou nesse período uma definição de psicologia da saúde. A associação conceituou esse campo como “o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da disciplina de psicologia para a promoção e manutenção de saúde, prevenção e tratamento da doença, bem como a identificação de correlatos etiológicos e de diagnóstico de saúde, doença e disfunção relacionada” (MATARAZZO, 1980). Posteriormente essa definição foi ampliada pelo acréscimo do texto “... e para a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e formação política de saúde” (ROBINSON, 1981).

Ao descrever o processo histórico de consolidação da Psicologia da Saúde na APA, Wallston (1996) destacou que os aspectos psicossociais não foram explicitamente considerados no naquele momento inicial. O foco estava mais voltado para a investigação dos aspectos comportamentais individuais e estilos de vida implicados no processo de saúde/doença. Entendia que a “*health psychology*”, ao se aproximar de outras disciplinas para investigar ou melhorar esse processo, estaria empenhada no desenvolvimento de uma medicina comportamental, de saúde do comportamento ou ambos.

As referidas publicações e relatos de desenvolvimento desse campo não informam o surgimento da Psicologia da Saúde em período anterior na América Latina. Apesar disso, há a existência de documentos e produções científicas que datam a prática em serviços de saúde pública de Cuba a partir de 1968, quase 10 anos antes da Divisão 38 da APA.

O contexto da revolução cubana determinou a direção das ações do Ministério da Saúde daquele país no sentido de considerar necessária e oportuna a criação de condições para que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, pudesse contribuir com os esforços conjuntos no desenvolvimento de uma saúde para a população voltada fundamentalmente para a prevenção, ultrapassando os limites da saúde mental e vinculando-se às demais especialidades em saúde (ABALO & MELÉNDEZ, 2005).

Diante da vinculação do psicólogo a todos os níveis do sistema de saúde (primário, secundário e terciário), foram surgindo formulações de base teórico-metodológicas de uma psicologia voltada para uma prática em saúde na comunidade. Esse campo de atuação pode

ser entendido como o ramo da Psicologia que está interessado, sobretudo, no estudo dos componentes subjetivos e dos comportamentos implicados no processo saúde-doença, compreendendo esse processo a partir de um enfoque multicausal. Ele se propõe ainda

[a]o estudo dos processos psicológicos que participam na determinação do estado de saúde, dos riscos de adoecer, da condição de adoecimento e recuperação, assim como nas circunstâncias interpessoais que se manifestam na prestação de serviços de saúde e no plano prático e amplo de atividades que incluem ações para promoção de saúde, prevenção de doenças, atenção aos agravos das condições de adoecimento, e para a adequação dos serviços de saúde às necessidades da população (MORALES CALATAYUD, 1997, p. 57).

A saúde não existe como algo absoluto. Pelo contrário, Pérez Lovelle (1987) a compreende como um processo *continuum*, prolongando-se até a doença e constituída por um conjunto de qualidades sistêmicas. Segundo Calatayud (2011), seria ao mesmo tempo ausência de dano morfológico e de limitações funcionais, determinado o nível de bem estar subjetivo, social e de desenvolvimento da personalidade, referindo-se à condição de realização das potencialidades produtivas da personalidade e seu domínio. Para cada uma dessas qualidades, existiria uma linha de continuidade com um limiar acima do qual se pode falar de saúde e abaixo do qual se falará de doença. Dessa forma, o estado de saúde individual dependeria das complexas inter-relações desse conjunto de qualidades. A saúde passa a ser vista de forma complexa.

A compreensão desse processo complexo, em sua integralidade, prevê um olhar para além do corpo, incluindo os diversos fatores psicossociais que participam do adoecer físico. A importância de se compreender a complexidade de tais relações está na possibilidade de aprimorar as ações de promoção e prevenção em saúde propostas, uma vez que compreender as comunidades, famílias e usuários assistidos pelo serviço de saúde, em suas reais condições de vida, normas, valores, motivações, comportamentos e crenças seria a melhor forma de identificar fatores de risco de saúde e vulnerabilidades (CALATAYUD, 1997).

2.2. Processos biopsicossociais e a integralidade do cuidado a saúde

O reconhecimento das possibilidades de atuação de um modelo biopsicossocial traz a possibilidade de deslocamento do modelo biomédico¹². No novo modelo, que leva em consideração a complexidade, uma nova concepção do processo de saúde/doença pode se constituir por meio do crescente conhecimento dos fatores psicossociais associados a esse processo. O modelo biomédico vem, aos poucos, cedendo espaço a esse novo modelo que não se restringe apenas ao diagnóstico clínico da doença e à presença de anormalidades bioquímicas. Pelo contrário, ele incorpora variáveis psicológicas e sociais em sua etiologia e se interessa pela habilidade do médico em compreender determinantes psicossociais e culturais dos sintomas apresentados em um processo de adoecimento. Ele considera também a influência das situações significativas de vida na saúde, destacando ainda o papel da relação entre profissional-paciente em uma comunicação não autoritária e não verticalizada (ABALO & MELÉNDEZ, 2005).

Calatayud (1990; 1997) reconhece a amplitude do conceito “psicossocial” e adverte sobre as possíveis controvérsias encontradas na literatura quanto à forma que esses aspectos poderiam ser operacionalizados na prestação de serviços a saúde. O autor destaca que a prática de trabalho desenvolvida nas comunidades deve levar em consideração os componentes subjetivos e o comportamento que, como uma unidade, estarão sempre presentes em todos os processos protagonizados pelos sujeitos em suas interações com o ambiente.

Com base em três dimensões psicossociais de vida Calatayud propõe uma operacionalização para o conceito “psicossocial”: dimensões macrosociais, macroambiente e individual. A primeira estaria relacionada à sociedade de modo geral e aos seus complexos sistemas de relações, especialmente os de produção, que situam os sujeitos numa determinada posição conforme o pertencimento a uma determinada classe. Essa dimensão abarcaria também características culturais e religiosas próprias do contexto de vida. A dimensão microambiente, incluiria a família, o trabalho e as relações mais imediatas que se estabelecem nas condições de trabalho e na vida concreta dos sujeitos. Por último, a dimensão individual

¹² O modelo biomédico tradicional, conforme Engel (1977), foi concebido por cientistas médicos para o estudo da doença. Compreende a doença em termos de “avaria” em seus componentes físico-químicos subjacentes, ou em suas relações, que precisam ser “consertados”. Segundo o modelo, tratar a doença é um processo que se move a partir do reconhecimento e avaliação dos sintomas para a caracterização de uma doença específica em que a etiologia e patogenia são conhecidas e o tratamento é racional e específico.

compreenderia o sujeito tanto em sua constituição psíquica, como personalidade, e também nas formas em que se expressam em seus comportamentos. A atuação do psicólogo no âmbito da saúde pública, principalmente na comunidade, para ser compreendida, deve-se partir do reconhecimento dessa complexa relação multicausal dos problemas de saúde/doença (CALATAYUD, 2011).

Nesse perspectiva, entende-se que o cuidado à saúde permanece ainda como um grande desafio na medida em que é necessário combinar as diversas dimensões da vida dos sujeitos. Sem essa combinação, há um obstáculo para que haja uma melhor compreensão e uma efetiva prevenção de agravos, bem como a ampliação da recuperação da saúde. Uma proposta prática que tenha por objetivo a integridade do cuidado não deve estar alicerçada em modelos pré-definidos, estáticos e burocráticos, deve partir de uma construção e prática social coletiva (LACERDA & VALLA, 2006).

A garantia da integralidade do cuidado à saúde perpassa necessariamente por mudanças na forma de organização e produção desse cuidado. Envolvendo a rede básica, passando pela secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar. Além da rede, é importante ter a diversidade profissional necessária para dar conta dessas demandas. A atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas do fluxo dos usuários para o acesso aos recursos.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Portanto, a integralidade do cuidado começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando por meio de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, em que a equipe se responsabiliza pelo cuidado ao usuário (PINHEIRO & LUZ, 2003).

O cuidado, na sua multiplicidade de formas, está absolutamente intrincado no território onde habitam os sujeitos (tanto o que cuida quanto o que é cuidado). Ambos estão imersos em uma cultura, intercedida por diferentes técnicas. Quanto maior e mais complexa a sociedade, maior a probabilidade de diferentes recursos terapêuticos estarem disponíveis aos sujeitos. Kleinman (1980), Helman (2009) e Barros (2008) identificaram que em quase todas as sociedades existem três setores principais desenvolvendo ações de cuidado em saúde. São eles: informal, popular e profissional.

Segundo tais autores, no setor informal o cuidado é ofertado ou recomendado pela família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, cultos ou grupos de autoajuda e atividades de “cura” em igrejas. Dentre esses agentes, geralmente a rede mais mobilizada é a familiar, ambiente em que a maior parte da doença é compartilhada e tratada.

Tanto nas sociedades ocidentais quanto não ocidentais, cerca de 70% a 90% dos tratamentos de saúde ocorrem nas famílias e no setor informal de modo geral (HELMAN, 2009). Já o setor popular, que é diferente do informal, sobretudo por seus agentes de cuidado diferirem da comunidade em geral e contarem com um determinado tipo de conhecimento e/ou treinamento é formado pelos “curandeiros populares”. Essas pessoas articulam e reforçam valores culturais das comunidades em que vivem. Geralmente são elegidos por herança, nascem em uma família que já possui uma prática de cuidados e aprendem a dar continuidade a esse saber tradicional de cuidado.

O terceiro setor de cuidado ou atenção à saúde diz respeito ao profissional. É o único grupo de agentes de cura cujas posições são sustentadas por lei. É nesse setor que se encontram os profissionais do campo da saúde. Esses profissionais desfrutam de um status social mais elevado e têm direitos e obrigações mais definidos quanto ao seu papel no processo de cuidado (PINTO et al. 2012).

Apesar de vermos esses setores enquanto possibilidades independentes de cuidado, é inegável que eles se desenvolvem concomitantemente. Isso ocorre principalmente diante de condições crônicas de saúde, uma vez que o “paciente” se torna co-curandeiro de sua própria condição, acompanhando sua doença e manejando seu cuidado cotidianamente. Esse fato aumenta a necessidade dos processos de educação em saúde para que haja uma melhor compreensão das crenças do sujeito a cerca de seu processo de adoecimento e de sua realidade de vida. A medicina precisa ser uma ciência social aplicada além de ser médica aplicada.

As pessoas vivenciando condições crônicas de saúde estão no centro das redes terapêuticas que ligam esses três setores de cuidado citados, formando um único sistema de cuidado a saúde. Os tratamentos e conselhos circulam por essas conexões, são analisados pelos diferentes perspectivas (informal, popular e profissional) e colocados em prática da forma como os sujeitos os interpretam. No entanto, os autores citados reconhecem que o modelo médico hegemônico muitas vezes acaba restringindo a dimensão do cuidado por se focar em produzir ações de caráter restritivo e medicamentoso, desconsiderando as demais possibilidades de cuidado de caráter informal e popular (PINTO et al. 2012).

Os desafios em melhorar as condições de saúde frente a esse panorama de “cronicidade” é algo que transcende a todas as áreas, no âmbito científico, técnico e profissional da medicina convencional. Os sistemas de saúde baseados no modelo biomédico tradicional têm prioritariamente o enfoque curativo. Por isso, a proposta de promoção de saúde e as ações de prevenção produzem maior impacto com menores gastos nas ações em saúde e essas ações não podem se realizar à margem das considerações psicossociais (ABALO & MELÉNDEZ, 2005).

Pensando agora na questão do Diabetes especificamente, há uma multiplicidade de fatores que mostram uma perspectiva geral dos elementos de confluência na representação social da doença. Entre esses fatores estão as condições culturais, físicas, subjetivas, espirituais e sociais. Do ponto de vista do doente, o sofrimento é apresentado como algo que está envolvido em toda a pessoa, a família, social e relações de trabalho (RAMÓN & GARCÍA, 2013). Ao trabalhar em consonância, os cuidadores tanto profissionais quanto os informais fomentarão a promoção de cuidados à saúde ofertada a esses sujeitos, sendo maiores as chances de atender aos diversos fatores implicados nesse processo, possibilitando assim o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais efetivas na saúde pública.

Referindo-se aos cuidados à saúde dispensados no âmbito dos serviços de saúde, Ayres (2006) esclarece que,

Para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença. Então é forçoso quando cuidado saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência (p. 68).

Assim, destaca-se a importância do vínculo entre profissional/usuário nos processos de cuidados à saúde. Entende-se que esse vínculo pode ser eficaz se estabelecido através de práticas de saúde numa dinâmica biopsicossocial complexa, que envolva os vários ecossistemas em que o sujeito e os agentes de saúde estejam envolvidos. Nas condições “crônicas” de saúde, a visita domiciliar pode se apresentar como prática prioritária de cuidados e ser entendida como espaço estratégico e propício para intersecção dos vários agentes e setores de cuidado disponíveis na rede dos sujeitos que requerem esse tipo de acompanhamento.

2.3. DM 2: compreendendo as condições crônicas de saúde

Compreendemos as condições crônicas de saúde, como no caso da pessoa com diagnóstico de DM, não como um dado em si automaticamente naturalizado. Mas como circunstâncias ligadas a um acontecimento ou situação existencial da pessoa e que pode se apresentar de forma mais ou menos persistente ao longo de sua vida, começando por meio de um episódio agudo e que se prolongue com exacerbações e remissões. E que requer respostas sociais proativas, reativas, episódicas ou contínuas, integradas ou não, tanto da pessoa/usuária quanto dos profissionais de atenção à saúde (MENDES, 2012).

A partir do momento de reconhecimento de uma doença expresso através de um diagnóstico referente às condições crônicas as pessoas acometidas passam a ter novas incumbências em seus cotidianos como conhecer a doença para lidar com seu complexo tratamento, incluindo alterações em seus modos de vida, principalmente em relação a hábitos alimentares e necessidade de realização de atividades físicas. Além disso, há restrições impostas pelo tratamento, que podem levar a um importante desdobramento em relação à qualidade de vida de tais sujeitos (TOSTA et al. 2012).

Essas condições crônicas de saúde não podem ser reduzidas à dimensão biológica. Trata-se de uma experiência que pode afetar a vida da pessoa acometida em suas ações cotidianas de forma global. Experiência que pode influenciar seu modo e qualidade de vida assim como a suas concepções religiosas, educação em saúde, situações sociais e econômicas. Esses fatores podem também determinar uma atitude da pessoa frente aos acontecimentos da vida, na sua forma de compreendê-los e afetar seu próprio processo de adoecimento. (SINGERIST, 2010)

Entende-se que para o cuidado integral da pessoa acometida por condições crônicas de saúde seria importante a criação de uma estratégia de intervenção que possa atender suas necessidades básicas vinculadas a um projeto terapêutico singular. Silva & Bellato (2009) entendem que se deve ampliar a atuação profissional para o conjunto do contexto do sujeito, família e rede de relações sociais. Nesse sentido, o processo de empoderamento da pessoa passa por buscar uma melhor inserção social por meio de sua participação nas atividades da comunidade, igrejas, áreas de convivências e o que mais o território de vida dispor.

Nessa estratégia de intervenção a qualidade da relação de cuidados é fundamental na interação profissional-paciente. E deve estar pautada na confiança, amparo, esclarecimentos e respeito. Isso envolveria uma abertura para o diálogo das ações previstas, além da disponibilidade do auxílio da rede de apoio do usuário que, na maioria das vezes, se utiliza ainda da medicina tradicional como um complemento aos cuidados oferecidos pelo serviço de saúde (PINTO et al. 2012).

2.4. Visita domiciliar como estratégia de cuidados prioritários ao DM 2

Entende-se a visita domiciliar como uma estratégia de intervenção na prática de cuidados integrais a saúde e articulada a um projeto terapêutico singular do usuário. Em nosso caso, para pessoa acometida por condições crônicas, especificamente o DM 2 no contexto da APS. Operacionalmente, essa visita tem como objetivo principal a prestação de atendimento em caráter emergencial, terapêutico e/ou preventivo. Nosso foco é estudá-la como ação de cuidados contínuos no acompanhamento da pessoa que vivencia alguma situação de agravos e/ou comprometimento em seu processo de adoecimento, sobretudo, ligado às condições crônicas de saúde.

Essa prestação de atendimento pode ser também entendida como "resposta instituída" a uma demanda específica de cuidados à saúde relativa a pessoa em processo de adoecimento (DM 2) no bojo de uma relação de cuidados integrais. Relação que seria influenciada pela escuta recíproca e por aspectos subjacentes ou não ao diagnóstico biomédico, podendo gerar um novo circuito de demandas e intervenções mais condizentes com o processo de subjetivação, intersubjetividade e cidadania da pessoa/usuária (VIEIRA FILHO et al. 2009).

Consequentemente, na visita domiciliar pode-se trabalhar os processos relacionais que mobilizam afetos, emoções, sentimentos e sentidos, podendo contribuir para reflexões sobre os processos de saúde e adoecimento da pessoa implicada nas condições crônicas. Isso seria construído em suas falas, pormenorizadas, nas conversas trocadas, sem descartar as interações com as demais situações e expressões observadas (AMARO, 2014). Essa mobilização subjetiva e intersubjetiva indica que o atendimento pode acontecer em uma lógica diferenciada do modelo biomédico. Numa dinâmica relacional, dialógica, que leva em consideração a rede pessoal significativa da pessoa/usuária para potencializar a criação de sua rede de apoio (formal, informal) de cuidados a saúde em situação de adoecimento.

Portanto, é fundamental uma postura profissional implicada para colocação entre parêntese de seus próprios preconceitos e analisar criticamente seus referenciais e visões de mundo para uma melhor compreensão do outro. É essencial que os profissionais de saúde tenham um olhar sensível ao ritmo de vida do usuário e sua família, sua diversidade cultural e prioridades surgidas em seu cotidiano (GARGARANO, 2004). Que pode possibilitar ou não a emergência de alguns agravos a saúde que muitas vezes desencadeiam situações entendidas como não colaboração, descaso ou incapacidade (p. e. pé diabético).

A visita domiciliar, quando organizada de uma forma que leve em consideração a integralidade dos cuidados, incluindo os processos psicossociais pode se tornar mais eficaz para minimização dos agravos. É importante ressaltar que ainda que o local de atendimento seja a casa do sujeito visitado, as regras institucionais seguem influenciando as relações e atitudes tanto do profissional como do paciente (AMARO, 2014).

Tal organização não pode ser entendida de forma individual, isolada ou intuitiva, por parte dos profissionais que a realizam, pelo contrário, precisa ser pensada e acontecer de forma coletiva, contando com a participação de todos os envolvidos, diretamente ou indiretamente, na operacionalização da visita domiciliar, possibilitando que propostas individuais sobre o fazer de tal prática possam estar permanentemente abertas para o diálogo e reflexões/revisões (HOLLYDAY, 2003).

Muitas instituições, apesar de atuarem através de equipes multiprofissionais, têm distintos profissionais ou equipes atuando em diferentes momentos na mesma atividade e muitas vezes não há preocupação de que haja coerência entre elas, acontecem de maneira isolada e da forma como o profissional interpreta que seja mais adequado operacionalizar tal prática. Entretanto, compreendemos que o processo de sistematização de tais experiências compartilhado coletivamente, em um espaço de diálogo, apresenta-se como um importante fator de aglutinação e coerência para o trabalho realizado em território pela equipe e para a construção de um conhecimento compartilhado que possa fortalecer a organização de tais cuidados em saúde.

2.5. Visita domiciliar e a territorialização do cuidado

A territorialização do cuidado representa um instrumento de organização dos trabalhos e das práticas de saúde, posto que tais ações, principalmente no contexto da ESF, são implementadas sobre uma base territorial que delimita previamente determinada comunidade

adscrita. No entanto, por vezes é possível perceber que, a operacionalização da estratégia da territorialização do cuidado, não engloba em sua interpretação toda a potência das características da vida das pessoas que emergem nesse dado espaço territorial e tais práticas acabam sendo exploradas parcialmente de modo que não se reconheçam outros espaços disponíveis para intervenções que não o institucional do serviço de saúde. Dessa forma, a possibilidade de identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concretas na realidade cotidiana das pessoas acompanhadas não são reconhecidas em sua integralidade (MONKEN EBARCELLOS, 2005).

O território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde “definidos”. Esse espaço apresenta, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em constante construção, ou seja, dinâmico (MIRANDA et al., 2008).

A compreensão da complexidade do território pode possibilitar um importante momento para a caracterização das pessoas e de seus problemas de saúde. Além disso, também permite a avaliação dos reais impactos das ações ofertadas pelos serviços sobre os níveis de atenção à saúde de uma comunidade (MONKEN EBARCELLOS, 2005). Assim, entendemos que, a ampliação do olhar dos profissionais da ABS sobre as possibilidades de atuação em território é estratégica para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção tradicionais e possibilitaria a (re) construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar onde o cuidado está sendo ofertado.

2.6. Visita domiciliar e Estilo de vida

Conforme Calatayud (1997 p. 104) o estilo de vida é um conceito geralmente utilizado para "descrever de maneira resumida o conjunto de comportamentos que um indivíduo concreto põe em prática de maneira consistente e que mantém em sua vida cotidiana e que pode ser pertinente para manter sua saúde ou que o coloca em situação de risco para a doença". Para nós é importante repensar esse conceito (aqui resumido) em relação a sua importância na operacionalização ‘do fazer’ da visita domiciliar.

As relações de cuidados domiciliares entre equipe e usuário tendem a ser mais informais do que formais a nível das conversações, podendo facilitar o processo dialógico visto que as interações estão mais propensas à horizontalidade. O estilo de vida pode ser

compreendido nessa relação como o conjunto de comportamentos, entendidos na unidade dialética subjetividade/ comportamento, que o sujeito/usuário em visita domiciliar expressa em relação a sua comunicação e vivência com o outro e cujo conteúdo apresenta-se muitas vezes de forma recorrente e/ou repetitiva, mas de maneira consistente e concreta em sua vida cotidiana. Podendo ser relevante tanto para a manutenção de seu bem estar físico, psíquico e social ou para seu mal estar, nesse caso, pode emergir como uma situação de risco e que pode ainda agravar o processo de adoecimento quando este já está estabelecido.

2.7. Visita domiciliar e a dimensão espiritual - religiosa

Para Vasconcelos (2006) a espiritualidade é uma dimensão particular do processo de subjetivação que orienta a prática humana. Especifica que “há formas de elaboração subjetiva que propiciam um distanciamento da percepção rotineira e comum dos objetos e fatos da vida cotidiana, revelando dimensões relacionadas a questões do seu sentido e do seu valor” (VASCONCELOS, 2006, p. 32). Uma dessas formas de elaboração seria “o contato com dimensões da subjetividade que, mesmo sendo calmas e, às vezes, até mesmo doídas, são de tal densidade a ponto de relativizarem outras dimensões da vida” (VASCONCELOS, 2006, p. 33). E se caracterizariam pela potência de gerar motivação e orientação diante das situações conturbadas existenciais.

A religião refere-se a uma dimensão espiritual específica na qual é essencial a vivência religiosa, institucional e doutrinária. Essa dimensão "está relacionada com uma crença em caminhos de salvação (...). Essa crença tem, como um dos seus principais aspectos, a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural. Associados a isso estão os ensinamentos, doutrinas, rituais, orações, éticas (comportamentos adequados)" (VASCONCELOS, 2006, p. 29-30).

Nas relações de cuidados domiciliares entre equipe e usuário a dimensão espiritual pode estar presente a nível das conversações, ligada a um processo de subjetivação particular, e pode ainda estar associado a uma religião e suas respectivas crenças. Quando associado diretamente a uma religião, essa dimensão pode apresentar determinados símbolos, rituais e significantes próprios da vivência religiosa do sujeito/usuário e também integrar-se com a forma como ele administra seu processo de saúde/doença e autocuidado.

3 Metodologia

3.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de característica descritivo-exploratória. A natureza aberta e interativa desse tipo de trabalho possibilita ao pesquisador participante colocar e discutir questões ligadas ao campo e à teoria, podendo dar ênfase a aspectos que surjam durante todo o processo investigativo. Essa perspectiva requer flexibilidade e capacidade de observação e interação com o grupo social envolvido, assim como reflexões contínuas para lidar com as demandas emergentes e delimitar o que é pertinente para o foco ou objeto da pesquisa. Trabalha-se, sobretudo na busca de sentidos, significados, crenças, valores e tantos outros fatores constituintes do ambiente social e cultural dos sujeitos participantes da pesquisa (MINAYO, 2013; SEVERINO, 1996).

3.2 O método da observação participante

O método da observação participante é essencialmente centrado no trabalho de campo e definido "como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica" (MINAYO, 2013 p. 70). O observador participante constrói uma relação concreta e contínua com seus interlocutores no campo investigativo participando do cotidiano junto com eles, com a finalidade de compreender a realidade na qual ele vivencia. Desse modo, o pesquisador faz parte do contexto por ele observado influenciando e sendo influenciado por esse ambiente coletivo.

Referimo-nos a pesquisa participante que compreende "um repertório múltiplo e diferenciado de experiências de criação coletiva de conhecimentos destinados a superar a oposição sujeito/objeto no interior de processos que geram saberes e na sequência das ações aspiram gerar transformações a partir desses conhecimentos (BRANDÃO & STRECK, 2006, P. 12). Esse método foi utilizado em nossa investigação de campo.

3.2. O campo investigativo

A pesquisadora se inseriu como observadora participante no espaço de uma UBSF inserida num território adscrito de administração municipal, na cidade de Manaus. Trata-se de uma unidade ampliada, conhecida popularmente como antiga "casinha" que conta com uma equipe formada por cinco agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, uma

enfermeira, um odontólogo e um médico. Em sua maioria, os profissionais têm atuado nesse estabelecimento aproximadamente há 10 anos. No período da pesquisa, essa equipe multiprofissional estaria atendendo cerca de 900 famílias, aproximadamente 3000 usuários.

As atividades desenvolvidas dentro dessa UBSF e em seu território adscrito seguiam as orientações gerais do Ministério da Saúde. Os programas implantados estavam incluídos em um planejamento, em princípio, voltado para o atendimento de demandas específicas nos dias da semana. Havia um dia da semana destinado ao atendimento do grupo de HIPERDIA (diabetes e hipertensão), foco de nossa investigação. O usuário atendido nesse grupo passava primeiramente por uma triagem feita por uma técnica de enfermagem, para verificação de seu peso, circunferência abdominal, glicemia e pressão arterial sistêmica, sendo posteriormente, encaminhado para consulta médica, odontológica e de enfermagem.

A referida UBSF informou que tinha cerca de 405 pacientes com Diabetes e/ou Hipertensão. Especificamente, 173 com hipertensão, 54 com diabetes, 178 em co-morbidade, de DM e HAS. Nosso foco referiu-se aos usuários assistidos nesse programa, sobretudo, aqueles assistidos prioritariamente em domicílio.

3.4. Recursos metódicos da coleta do material de campo

O corpus do material da coleta foi constituído pelo diário de campo, material documental e prontuários de pacientes.

3.4.1. Diário de campo:

Compreendeu o conjunto de registros das notas de observação participante realizadas durante o período da pesquisa de campo. As anotações realizadas foram: a) anotações a partir da fala e interação com os profissionais e usuários no cotidiano da prática da UBSF e das visitas domiciliares; b) conversações com os usuários sobre suas condições de adoecimento, narrativas de vida e cotidiano, sobretudo, aquelas relacionadas mais diretamente aos aspectos psicossociais durante os atendimentos domiciliares junto com a equipe; c) notas referentes à dinâmica do processo de trabalho em equipe quanto à operacionalização das práticas de cuidados a saúde; d) registro das percepções e reflexões pessoais da realidade vivenciada no campo pela pesquisadora durante o processo investigativo.

As anotações funcionaram também como lembretes para elaboração detalhada e descritiva do que foi observado no campo e possibilitaram descrever os eventos e incidentes ocorridos no cotidiano considerando a temporalidade e espacialidade dos acontecimentos.

3.4.2. Material documental

Compreendeu aspectos históricos sobretudo aqueles ligados ao funcionamento geral do serviço de saúde, informações institucionais do programa HIPERDIA e dados de ordem quantitativa disponíveis no serviço.

3.4.3. Prontuários dos pacientes

Consulta de prontuários de usuários durante o processo investigativo segundo a necessidade de informação e compreensão dos atendimentos. Trabalhamos mais particularmente com dois prontuários referentes aos dois exemplos significativos já informados no item sujeitos participantes da pesquisa.

3.3. Sujeitos participantes da pesquisa

A pesquisadora participante realizou seu trabalho de campo junto com a equipe da UBSF, mais especificamente, com os profissionais (médico e ACSs) e pacientes do programa HIPERDIA.

Os participantes, referentes aos exemplos significativos de experiências de sofrimento/ adoecimento de DM2 e HAS, foram 02 sujeitos/usuários desse programa acompanhados pela equipe em visitas domiciliares. Consideramos como exemplos significativos por enfocarem a contribuição da pesquisadora, em psicologia da saúde, ao acompanhamento desses sujeitos junto com a ACS em suas respectivas residências. Dona Maria, 05 visitas domiciliares, Seu Paulo, 04 visitas domiciliares, após assinarem o termo de TCLE. Essas visitas não faziam parte do protocolo da rotina habitual da equipe sendo orientadas para essa pesquisa participante.

Além dos critérios acima, destaca-se:

Exemplo 01: Dona Maria (pseudônimo):

- a) diagnóstico clínico: DM 2 em comorbidade com HAS, participante do programa HIPERDIA;
- b) idosa com idade superior a 60 anos;
- c) acompanhada pela equipe a mais de 10 anos;
- d) residente na área de abrangência territorial dos atendimentos da UBSF;
- e) atendimento prioritário, em caráter domiciliar, por agravos de adoecimento;
- f) a equipe da UBSF considerou relevante de um lado, os aspectos biológicos, isquemia derivada de um AVC e o alto índice glicêmico da paciente, de modo frequente, com momentos de “descompensações” ou estados patológicos nos quais seus agravos eram potencializados. E de outro lado, os aspectos psicossociais, a paciente idosa tentava administrar seus cuidados sozinha e sem, aparentemente, contar com uma rede de cuidados familiares.
- g) assinou o Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (anexo).

Exemplo 02: Seu Pedro (pseudônimo):

- a) diagnóstico clínico: DM 2 em comorbidade com HAS, participante do programa HIPERDIA;
- b) idade superior a 50 anos;
- c) acompanhado pela equipe a mais de 10 anos;
- d) residente na área de abrangência territorial dos atendimentos da UBSF;
- e) atendimento prioritário, em caráter domiciliar, por agravos de adoecimento,;
- f) a equipe da UBSF considerou relevante os aspectos biológicos, foi internado acerca de 04 anos em situação de urgência por apresentar alto índice glicêmico (600 mg/dl). Atualmente mostra um relativo controle desse índice, apresenta “tonturas” (vertigem e desequilíbrio físico), por hipótese, decorrentes de um “zumbido” constante no ouvido que relata ter há mais de 30 anos em consequência de um acidente com fogos de artifício, que dificultam sua mobilidade e autonomia para os afazeres fora de sua residência. Quanto os aspectos psicossociais, pode-se depreender o sofrimento psíquico pela perda do filho assassinado por envolvimento com drogas ilícitas e por apresentar um estado ansiogênico frequente, fazendo uso de ansiolíticos, por possível desapropriação de sua residência e remoção para outro local de moradia por órgãos governamentais.
- g) assinou o Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (anexo)

3.5. Posições da observadora participante no campo investigativo

As posições da observadora participante variaram em diferentes momentos durante o trabalho de campo que teve duração de 05 meses.

Durante os dois primeiros meses, a pesquisadora esteve inserida no cotidiano da equipe da UBSF, priorizou as atividades do programa HIPERDIA e as visitas domiciliares aos pacientes com DM2, realizadas pelo médico e ACS no território adscrito. Nesse período, foram visitados também sujeitos/usuários com outras enfermidades que requeriam cuidados domiciliares.

A partir do terceiro mês, durante aproximadamente dois meses, a pesquisadora continuou incluída na prática da equipe da UBSF tendo dedicado mais tempo aos dois pacientes e família para o estudo dos exemplos significativos de experiência de sofrimento/adoecimento em DM2 e HAS.

A partir do quinto mês, foram gradativamente finalizadas as atividades cotidianas da pesquisadora, e realizadas a elaboração e apresentação para a equipe da UBSF das primeiras reflexões sobre a pesquisa de campo. Essa devolutiva teve a intenção de estabelecer um diálogo junto à equipe sobretudo quanto as observações participantes referentes as visitas domiciliares e sobre a importância dessa prática para a integralidade dos cuidados a saúde dos sujeitos/usuários. E foi ainda colocada a disponibilidade da pesquisadora retornar a campo se necessário ou requisitada pela equipe, o que ocorreu com um dos sujeitos dos exemplos citados, onde foi necessário trabalhar o desligamento do vínculo da usuária com a pesquisadora.

3.6. Cuidados éticos da pesquisa

Para validação da participação voluntária dos sujeitos nesse estudo e garantir os aspectos éticos da relação entre pesquisador e sujeitos participantes, tornou-se indispensável o atendimento às determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. No que tange às delimitações da pesquisa relativas ao profissional psicólogo, presentes na Resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, a realização deste estudo preservou ao máximo todos os sujeitos envolvidos, bem como a instituição em que estão lotados os participantes da pesquisa.

Os sujeitos foram esclarecidos antecipadamente a respeito dos objetivos da pesquisa, sendo sua participação livre e voluntária. Foram assegurados todos os procedimentos relativos

à confidencialidade, à privacidade, à proteção da imagem e à não estigmatização ou julgamento de suas falas. Foi dada a eles a garantia da não utilização de informações que pudessem trazer algum tipo de prejuízo, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou poder econômico-financeiro.

Como qualquer pesquisa, esta também poderia apresentar riscos. Os riscos possíveis da realização diziam respeito a supostos conflitos nas relações humanas e institucionais. Nessa possibilidade de se concretizar, o pesquisador responsável tinha se comprometido a acolher as demandas surgidas e trabalhar, com a equipe da UBSF, para que os encaminhamentos e decisões, pensados de forma coletiva e compatíveis com os critérios éticos e científicos, fossem adotados. No entanto, no decorrer da pesquisa não houve demanda relacionada a essa questão que necessitasse desses encaminhamentos.

Foram respeitadas todas as exigências e aspectos éticos necessários para sua realização. Foram providenciados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - CEP/UFAM. Esse termo foi assinado por 02 sujeitos/usuários, referentes aos 02 exemplos significativos, como explicitados anteriormente no item referente aos sujeitos da pesquisa.

4. Análise dos resultados e discussão

4.1. Contextualização do território adscrito da USBF

No território de abrangência dos atendimentos da USBF não se evidenciou saneamento básico e as condições de moradia da comunidade parecem ser, em sua maioria, precárias, muitas delas, com aglomerados de pessoas dividindo espaços pequenos e insalubres. Nota-se a presença de residências úmidas, com mofo, pouca ventilação. Em alguns casos, trata-se de construções inacabadas de casas que estão sendo ampliadas pelos próprios donos para incluir algum membro da família ou aluguel de kitnets.

O acesso a algumas residências mostra-se difícil considerando as ladeiras com escadarias improvisadas e escorregadias. Vê-se muito lixo na rua e animais doentes e abandonados (gatos e cachorros). Há alguns igarapés que servem para depósito do lixo que não é coletado apropriadamente pelos órgãos competentes. Esse problema foi comentado em várias ocasiões como fato negativo e preocupante para a saúde da população nas conversações durante o caminhar nessa área geográfica.

Existem becos estreitos, malcheirosos, mas que servem de passagem cotidiana para os moradores. Alguns pacientes são classificados em seus prontuários como residentes nesses becos. Os profissionais relatam ainda, uma série de assaltos em determinadas ruas e becos e procuram evitá-los em certos horários, pela parte da tarde, por serem considerados "lugares perigosos". Acrescenta-se que problemas com o uso e venda de drogas vem causando receios e medos nos profissionais e usuários.

Observa-se que nas áreas de ocupação a precariedade das condições de vida dos moradores é mais acentuada. Nesses espaços, nota-se também a remoção ou afastamento de diversas famílias que ali viviam através da desapropriação do local de residência (indenizações previstas) por parte da prefeitura por intermédio de programas sócio ambientais. Alguns dos pacientes visitados falaram a respeito dessas desapropriações e disseram não desejá-las, pois não querem sair do local visto que vivem no bairro a muito tempo.

Muitos disseram que tinham ampliado suas casas, com "puxados" (extensão) de cômodos, para complementar a renda familiar e melhorar suas condições socioeconômicas. Ademais, mostram indignação com tal atitude de remoção das famílias pela prefeitura e dizem ainda que o valor indenizado pelo município não garante a possibilidade de compra razoável de imóvel equivalente em outra localidade de Manaus. Alguns profissionais da equipe

mencionaram que algumas famílias retiradas do local retornaram ao mesmo, mas em condições de moradia piores que as anteriores. Relatam o caso de uma senhora que morreu de parada cardíaca no dia em que estavam retirando-a de sua casa.

4.2. A prática de cuidados na UBSF em situação de visita domiciliar

A pesquisadora participante inserida no cotidiano da UBSF participou junto com a equipe das visitas domiciliares realizadas pelo médico e ACSs durante 02 meses, dois dias da semana, sem selecionar os sujeitos/usuários por qualquer tipo de diagnóstico, seja com DM ou não. Esses atendimentos estavam previstos no planejamento médico de rotina e, em sua maioria referiam-se a sujeitos em acompanhamento terapêutico a curto ou longo prazo, mas uma minoria foi visitada pela primeira vez a partir da identificação de agravos em processos de adoecimento pelas ACSs em suas respectivas microáreas no território adscrito. Em todo caso, no geral, os agendamentos da equipe são frequentemente realizados pelas ACSs que parecem ter certa autonomia e flexibilidade na distribuição dos sujeitos/usuários conforme a disponibilidade de atendimento do profissional solicitado e as prioridades identificadas.

Foram 21 sujeitos/usuários visitados e estes se referiam as demandas prioritárias de cuidados domiciliares, emergentes e recorrentes, eleitas pela equipe. Pode-se observar que essas demandas diziam geralmente respeito, de um lado, a sujeitos idosos que vivenciavam alguma condição crônica de saúde, somada a algum tipo de agravo no processo de adoecimento de Diabetes, Hipertensão, Reumatismo, Parkinson, ou lesões medulares e outras. E de outro, a sujeitos adultos com algum tipo de comprometimento físico ou motor, por exemplo, amputações de algum membro, pés diabéticos, obesidade mórbida. Por fim, sujeitos acamados, com Alzheimer, ou outra enfermidade.

Dessas 21 visitas domiciliares, dezesseis (16) estavam relacionados ao programa HIPERDIA. Assim, nove (09) visitas a pessoas com DM 2, três (03) com DM 2 em comorbidade com HAS e outros três (04) com Hipertensão. As cinco (05) restantes diziam respeito a outros processos de adoecimento. Conseqüentemente, as demandas de pessoas diabéticas com agravos e comorbidades mostraram-se predominantes.

A seguir descreve-se as observações participantes realizadas nessas visitas junto com o médico e ACSs.

4. 2. 1 Visitas domiciliares a sujeitos com Diabetes Mellitus tipo 2

Seu Mario, 35 anos, pé diabético. Visita com a participação da mãe e avó.

Apresentava pé diabético em processo de cicatrização, com dificuldade de locomoção, usando muletas para andar. Com a falta da “fita” na UBSF (há dois meses), utilizada no aparelho para verificar o índice glicêmico, não foi possível o médico fazer a avaliação da evolução do quadro de glicemia do paciente, restou a observação do ferimento que ele trazia no pé e as inferências clínicas possíveis. Esse fato sinaliza a precarização da infraestrutura do serviço de saúde por parte do poder público.

Mas, o exame de raio-x apresentado pelo sujeito evidenciou uma lesão no pulmão, indicando um processo de adoecimento por tuberculose. A partir dessa constatação, o médico precisou readequar a medicação do DM 2 (oral) para o uso de insulina injetável, juntamente com a prescrição do tratamento para Tuberculose.

Dona Clara, idosa, com lesão no pé. Não houve participação de familiares na visita.

A ACS recomendou esse primeiro atendimento domiciliar por ela apresentar um agravamento na lesão do pé. A usuária mostrou essa lesão para o médico que constatou um significativo processo de cicatrização. Ela informou ainda que era atendida na rede privada de saúde e que tinha consultado com um médico particular no dia anterior. Acrescentou que se sentia bem, porém estava anêmica (mostrava-se muito magra), mas que tinha uma boa alimentação e tomava vitaminas. A visita foi rápida tendo sido concluída com a verificação, pelo médico, da medicação prescrita pelo médico particular para a DM 2 e a anemia, verificou também a pressão arterial sistêmica que não apresentava anormalidade. Esse tipo de verificação médica se faz rotineiramente e se reflete na relação de confiança estabelecida entre o usuário e o profissional evitando qualquer “desarticulação” biomédica no acompanhamento do paciente.

Dona Esther, idosa (cerca de 70 anos). Participação de uma filha na visita.

O atendimento domiciliar foi realizado por causa da dificuldade de locomoção apresentada pela usuária. Ao dar início na verificação dos exames, o médico confirmou o diagnóstico de tuberculose (em comorbidade com DM 2) e dialogou com a filha e paciente acerca da necessidade de readequar a medicação (oral) do DM2 para insulina, injetável. Durante esse diálogo, tanto a filha quanto a paciente queixaram-se bastante de um sobrinho que, segundo elas, era usuário de álcool e estava vivendo ali, para que não morasse na rua.

Acreditavam ainda que ele tinha “passado a tuberculose” para a Dona Esther. Expuseram que ele já havia feito tratamento para tuberculose, porém não havia concluído o período necessário de medicação, “tinha fugido”. Ambas, relataram uma série de episódios sobre o parente em questão, e falaram de forma negativa sobre a presença dele na casa. No entanto, afirmaram que não tinham coragem de “jogá-lo na rua”.

O médico, a fim de dar um direcionamento para o atendimento e explicar melhor a situação do diagnóstico, pediu para chamá-lo (o sobrinho) assim como os demais membros que estivessem ou convivessem na casa e informou a todos que precisariam fazer o exame de tuberculose e que o mesmo seria agendado para ser coletado em casa. O médico conversou com o sobrinho sobre o tratamento de tuberculose feito anteriormente por ele e tentou expor para a família que não necessariamente a transmissão partiu dele, na tentativa de desmistificar a impressão da família de que “ele era culpado”. ACS traz uma confiança com informação para o médico sobre a filha/cuidadora fumar muito, o que poderia prejudicar a recuperação da paciente em questão. Houve uma conversa a respeito dos riscos e agravos do tabagismo para condições de adoecimento já instaladas. Posteriormente, já concluindo a visita, o médico perguntou se alguém da casa saberia aplicar a insulina, filha se prontificou e a equipe informou que alguém viria ensiná-la sobre como fazer essa medicação.

Dona Rosa, idosa, (cerca de 80 anos), lesão no pé, dificuldade de locomoção. Mora sozinha. Não houve participação de familiares na visita.

Visita realizada sem o médico, apenas com ACS e a pesquisadora. Dona Rosa é atendida em caráter domiciliar por causa da dificuldade de locomoção ocasionada pela lesão no pé. Mora sozinha e é artesã, passa parte do dia produzindo produtos artesanais para venda. Relata que, apesar do DM2, “come o que tem vontade”, que não mente sobre isso, se responsabilizava pelas ocasiões em que passa mal. Não apresentou nenhuma demanda relacionada ao DM2, mas falou a respeito de sua vida, sobre morar sozinha por não querer dar trabalho para ninguém. Afirma que a vizinhança é muito unida, uns cuidam dos outros e todas as manhãs a chamam e aguardam uma resposta para saberem se ela está viva. Fala com muito carinho sobre esse cuidado coletivo.

Seu Pedro, adulto (cerca de 50 anos), lesões profundas nos dois pés. Não houve participação de familiares na visita.

Visita realizada sem o médico, apenas com ACS e pesquisadora. Seu Pedro apresentava muita dificuldade de locomoção, precisava do apoio de muletas por causa de lesões profundas nos dois pés. Relatou que preferia estar com os dois pés amputados, pois teria possibilidade de colocar próteses. Quando perguntado há quanto tempo estava com as lesões, informou que há mais de cinco anos e que elas não cicatrizavam, só pioravam. Disse ter dificuldade de se cuidar, mesmo tendo assistência da equipe do "Melhor em Casa" Programa (SUS) para assistência domiciliar para evitar alguns casos de hospitalizações. Fazia os curativos três vezes na semana. Pelo que percebemos, ele forçava os pés ao tenta andar e sair de casa, mesmo sem recomendação médica e acabava por se ferir ainda mais retardando o processo de cicatrização. Disse ainda que preferia ter ambos os pés amputados, pois acreditava que o uso de próteses resolveria de maneira satisfatória suas necessidades cotidianas de locomoção e não necessitaria mais de cuidados intensivos para sua condição de adoecimento.

Seu Flávio, adulto (cerca de 40 anos), obeso mórbido. Participação da esposa na visita.

Visita realizada pela falta de mobilidade física apresentada pelo usuário por causa do sobrepeso. O atendimento foi realizado ao lado de fora da casa, em uma laje e sua esposa participou da visita. O fato de morar no segundo andar de uma construção "inacabada" dificultava sua saída de casa, além disso, o acesso ao primeiro andar da residência era difícil, só havia algumas rampas de acesso improvisadas com madeiras soltas e não tinha onde se apoiar caso fosse necessário. O aspecto físico do usuário evidenciou sua dificuldade nos afazeres básicos cotidianos, como no caso da higiene. Relatou ter muita dificuldade para tomar banho e muito cansaço para qualquer tipo de atividade. Flávio relatou que não conseguia mais trabalhar, pois sentia muitas dores nas pernas por conta do sobrepeso e sentia dificuldade para dormir. Apesar de ter encaminhamento para a cirurgia bariátrica não pode realizá-la sem perder peso. Mostrou ao médico uma hérnia no umbigo, muito grande, que também precisaria de cirurgia. O médico não conseguiu verificar a HAS do paciente visto que a circunferência de seu braço era maior que a do o equipamento. Foi requisitado pelo médico uma série de exames porém o paciente relatou que não conseguiria sair de casa para coletá-los e pagar um laboratório para fazer a coleta em domicílio seria inviável para a família.

O médico tentou convencê-lo sobre a importância de se adotar uma alimentação mais equilibrada e a necessidade de emagrecimento para que fosse possível viabilizar a cirurgia e voltar a ter uma rotina cotidiana de vida mais fácil, sugeriu para a família um laboratório que

coletava em casa por um baixo custo. A esposa concordou em pagar. Houve a prescrição de medicação para dor e nos despedimos.

Visita domiciliar a uma instituição religiosa

Foram realizados três (03) atendimentos a pacientes idosas, com DM2. Elas não realizavam as atividades mais frequentes de rotina institucional e tínhamos a impressão que os momentos de orações e conversações entre elas eram importantes. A pesquisadora, ACS e técnica de enfermagem ficaram mais diretamente com essas religiosas. O diálogo foi iniciado no aposento (quarto) de cada uma delas e posteriormente as três juntas na cozinha, onde se reuniram com outras religiosas para tomar café e nos convidaram. No primeiro momento suas falas estavam mais ligadas ao sentir-se doente de DM2 e as perspectivas de alguma melhora para voltar a dedicar-se a outras atividades vinculadas a religião. Percebemos sentimentos de resignação, mas uma delas disse expressamente que estava “aguardando a morte”. O médico atendeu cerca de 10 religiosas no total, com adormecimentos diversos, incluindo essas três.

4.2.2 Visita domiciliar a sujeitos com Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica

Dona Maria, idosa (aproximadamente 65 anos), índice glicêmico alto. Dificuldade de locomoção e visão. Participação do esposo na visita.

Visita domiciliar realizada por conta da dificuldade de deslocamento da usuária. Sua glicemia alterava-se com frequência e sentia-se mal. Além disso, relatou ao médico uma “coceira nos olhos”, disse que estava com muita dificuldade para enxergar, mesmo tendo consultado um oftalmologista, ela relatou que não se adaptou ao colírio prescrito por ele. Durante o atendimento médico a usuária parecia não ter dificuldades quanto à administração da medicação prescrita para DM e HAS.

A fala da usuária durante a visita domiciliar estava muito voltada para o medo que sentia de serem assaltados (ela e o esposo) ou acontecer algo pior relacionado à violência de terceiros. Relatava que ficava com um mal estar quando via o esposo no portão conversando com estranhos e que chegava a ficar “doente”, porque, segundo ela, “hoje em dia não dá pra confiar em ninguém”. Paulo, seu esposo, argumentou que as pessoas com quem dialogava no portão eram religiosas, pois carregavam bíblias e que vinham pedir ajuda. Além disso, a

paciente trouxe, de forma muito presente no seu discurso, o fato de sentir-se muito só, dizia que o esposo só "rezava e não conversava". Ele brincou que depois de 45 anos de casados, não havia muito o que conversar e riu. Ela pareceu chateada. O atendimento seguiu os moldes prescritivos habituais, médico conferindo e ajustando as medicações enquanto ela dialogava sobre essas questões. Foi prescrito um novo colírio para os olhos. Despedimo-nos.

Seu Paulo, adulto, dificuldade de locomoção, "tonturas" ao sair de casa, ansiedade. Participação da esposa na visita.

Visita domiciliar realizada por conta de "tonturas" que o usuário relatou sentir ao sair de casa. Além disso, casal (usuário e esposa) relatam a perda do filho, assassinado, a poucos meses, ambos apresentam humor muito triste e choram com frequência durante o atendimento. A ACS e médico já sabiam da morte e manifestaram palavras de solidariedade e força para a família. Médico iniciou a consulta verificando a pressão e vendo prontuário de ambos. Mas a esposa começou a chorar e relatou que é muito difícil continuar vivendo sem o filho, mas que as netas preenchem esse vazio. Todos ficam calados. O médico diz que é preciso ser forte e pedir força a Deus. O marido também se emocionou e mostrou a foto das netas. A neta mais velha é criada por eles e dizem ser o que dá forças para continuarem, mas que ainda se preocupavam muito com neta menor, que vive com a mãe, que é usuária de drogas, assim como o filho era. Relatam que gostariam de criá-la também, mas se dizem muito preocupados com a possibilidade de serem removidos de sua casa, por programa assistencial governamental, pois foi ali que investiram todo o dinheiro de "uma vida", construindo kitnets para alugar, algo que no momento, sem os dois trabalharem, ajuda muito na renda mensal da família. O atendimento médico seguiu o modelo habitual de adequação de medicação e solicitação de exames.

Ao sair da residência, ACS comentou com médico e pesquisadora que o filho foi assassinado por acerto de contas relacionado a drogas e relata que dona Tânia (esposa) passou um longo período acamada, antes do filho falecer, "ele trazia muito problema para dentro de casa, ela melhorou (fisicamente) depois que ele morreu".

Dona Matilde, idosa, dificuldade de locomoção. Filho e sobrinha acompanharam a visita.

Muito receptiva com a equipe, nos recebeu com uma mesa de café da manhã. Se mostrou muito agradecida por esse atendimento realizado em casa. O quadro de DM 2 é muito comum na família da usuária, relata que perdeu o esposo e dois filhos por agravos de

DM2. O mais recente foi há alguns meses, ela chorou bastante durante o atendimento médico, relatou o episódio em que o filho passou mal, presenciou tudo, pois ele morava atrás da casa dela. Falou bastante sobre a dor de perder um filho e chorou muito. Sempre que o médico tentava perguntar algo sobre a medicação ou exames ela voltava a falar da perda do filho e chorava, todos (médico, ACS, pesquisadora, filho e sobrinha) calavam e aguardavam ela se acalmar. O filho, presente no atendimento, chamou a atenção de dona Matilde, argumentando que esse atendimento era para falar sobre a "doença dela e não sobre outras coisas", mas ela continuava relatando a dor que sentia e dizia que estava bem, que não havia o que falar sobre ela. O médico a escuta, tenta ser empático com a dor da paciente trazendo palavras de conforto enquanto faz as readequações da medicação para DM, ACS também dialoga sobre a necessidade de manter-se forte e nos despedimos.

4.2.3 Visita domiciliar a sujeitos com Hipertensão Arterial Sistêmica

Seu José, idoso, "tonturas" ao sair de casa. Não houve participação de familiares na visita.

Visita domiciliar realizada por conta de o usuário sentir "tonturas" e, conseqüentemente, apresentar dificuldade de locomoção. O médico fez solicitação de diversos exames para verificar sua condição, tanto de HAS quanto cardíaca, faz a adequação da medicação para HAS e nos despedimos. Algo me chamou muito a atenção na parte que conhecemos da casa de seu José, uma parede repleta de fotos da esposa, de diversas idades e fases de vida. A esposa já faleceu, mas a presença dela naquele espaço era muito marcada.

Dona Tania, adulta, dificuldade de locomoção. Esposo acompanhou a visita.

Atendimento realizado junto com o do esposo, que apresenta dificuldades de locomoção. A usuária estava muito emocionada com a perda do filho, assassinado a alguns meses, quase não falou sobre HAS, mais sobre a dor de perder um filho. Médico solicitou alguns exames e verificou a pressão da paciente.

Seu Mario, idoso, acamado, muita dificuldade de locomoção. Vizinha acompanhou a visita.

Acamado pois tem com muita dificuldade de locomoção. Ao chegarmos na casa, uma vizinha veio acompanhar o atendimento e relatou para o médico que ele não estava se alimentando muito bem, comia pouco. Atendimento rápido, o médico verificou a pressão e pediu para a ACS informar a técnica de enfermagem que era necessário que fizesse a

verificações da HAS do paciente sistematicamente. O mesmo permaneceu deitado todo o tempo.

Dona Martha, idosa. Mora sozinha. Não houve participação de outras pessoas na visita domiciliar.

Perdeu o esposo há pouco tempo, foram casados por 60 anos, chorou muito durante o atendimento e relatou que viver sozinha a essa altura da vida não é fácil, que sentia muita dificuldade para se alimentar e dor no estômago. Mostrou alguns exames para o médico, inclusive uma endoscopia e o médico tentou conduzir o atendimento dando opções para que se alimentasse com menos dificuldade. A equipe (ACS e médico) mostraram-se empáticos com a dor da usuária, entretanto, dialogaram entre si que ela estava “com depressão”, quando na verdade estava vivenciando um processo natural de luto. Em um determinado momento do atendimento esperaram que eu, pesquisadora, fizesse alguma intervenção nesse sentido. Tentei acolher a demanda da usuária e não reforçar a concepção de “depressão”, pelo contrário, mostrar que esses sentimentos eram esperados e que aos poucos ela conseguiria se readaptar, mas que seria importante contar com o apoio de outros familiares e amigos, tentar não permanecer tanto tempo sozinha em casa. A equipe concorda com meu diálogo e sugere a paciente que visite o filho com mais frequência.

4.2.4 Visita domiciliar a sujeitos com outras enfermidades

Ruth, idosa, dificuldade de locomoção por dores na coluna. Participação de duas filhas na visita domiciliar.

Em outubro de 2015 começou a sentir muitas dores nas costas e o quadro evoluiu para perda nos movimentos dos membros inferiores. Hoje não anda, permaneceu deitada sem nenhum tipo de interação durante o atendimento. Filhas afirmaram que ela sempre foi muito ativa e que correram para o médico quando o quadro iniciou. Já fez fisioterapia e uma série de exames e tratamentos, mas nada surtiu efeito na condição. Pelo quadro apresentado, a paciente estava com uma série de comprometimentos na coluna que fizeram com que perdesse os movimentos. Filhas relataram ainda que ela não se alimentava direito e que manifestou para a família que se não pudesse voltar a andar preferia morrer. Paciente chorava muito, mas não falava. As filhas trouxeram a informação de que um Psiquiatra a diagnosticou com depressão. O médico não muda medicação, verifica uma série de exames para analisar a

gravidade do quadro, verifica a pressão e conversa separadamente com as filhas para dizer que ela não voltará a andar. Que precisam prepará-la para isso aos poucos. Em menos de uma semana depois da visita a paciente faleceu.

Dona Maria, idosa (aproximadamente 90 anos), reumatismo. Não houve participação de familiares durante a visita.

Principal cuidadora de uma filha que teve meningite na infância e apresenta muitas sequelas cognitivas e motoras, não fala, tem convulsões, relatou que os dias de agitação eram difíceis, pois ela não dormia e permanecia muito alterada. Dona Maria organiza sua rotina para atender as necessidades da filha, na verdade sua principal demanda durante é a filha diz que “dá muito trabalho”.

Dona Judith, idosa (aproximadamente 80 anos), acamada, diagnóstico de Alzheimer. Duas filhas participaram da visita.

Filhas e esposo são os principais cuidadores, sua casa parecia muito insalubre, cheiro forte de urina, pois ela usava fralda e passava o dia todo na cama, não há janelas no seu quarto. O médico verificava sua pressão e batimentos cardíacos. Sua filha explicou um pouco sobre a rotina de cuidados. Dona Judith foi enfermeira e atualmente encontra-se muito debilitada por conta do estágio avançado de Alzheimer, não dialoga mais, vários membros em processo de atrofia.

Dona Lucia, idosa (aproximadamente 70 anos), artrite, artrose e varizes. Participação de uma filha na visita.

Muito bem humorada, nos recebe, médico, pesquisadora e ACS, com muito carinho, mas relata dores fortíssimas. Sua filha acompanhou o atendimento e explicou como era administrada a medicação e exames disponíveis. O médico solicitou novos exames para verificar melhor tais dores e nos despedimos.

Dona Flor, idosa (aproximadamente 80 anos), fratura no fêmur. Não havia participantes diretos da visita.

Visita justificada pela dificuldade de locomoção da usuária, agravada por uma fatura no fêmur a cerca de um ano. Desde então aguarda vaga para efetuar o procedimento cirúrgico prescrito, entretanto, a demora para agendamento, que ultrapassava mais de um ano de espera, fez com

que houvesse uma má calcificação óssea. Ela não consegue caminhar. Ela estava deitada quando chegamos e sentou na cama de modo desconfortável, precisou apoiar a perna em um pneu para o atendimento médico. Ele conversou com ela a respeito de sua condição de adoecimento e reforçou que verificaria novamente o processo burocrático para a referida cirurgia. Foi uma visita rápida e não houve prescrição de medicação. Chamou-nos a atenção a situação precária de moradia da usuária, na casa havia apenas um cômodo e o banheiro não estava dentro dessa dependência, o que vem a prejudicar ainda mais sua rotina cotidiana ao precisar do auxílio de outras pessoas para utilizar o mesmo. Notamos que havia dois adolescentes que, um estava dormindo no chão e o outro na cama com a Dona Flor, escutaram nossa conversa. O médico nos informou, após sairmos da residência, que com a idade avançada da paciente, passar por uma cirurgia já seria um risco e na atual condição dos agravos instalados, precisará de um procedimento ainda mais delicado para obter alguma melhora no seu quadro.

4.2.5. Discussão das visitas domiciliares

A integralidade em saúde pode ser entendida "como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta de cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde" (PINHEIRO & LUZ, 2003, p.17). Na descrição abaixo pudemos observar que essa interação democrática, teoricamente desejada, na prática, apresenta contradições intrínsecas relacionadas as hierarquias institucionais e nas relações de dominância do modelo biomédico entre os saberes.

Nos primeiros momentos junto à equipe, ao chegar na UBSF, antes de sair para as visitas, pudemos perceber alguns contratempos no planejamento concernente a organização dos procedimentos práticos (prontuários, receituários, requisição de exames) para realização das visitas. As vezes, o tempo gasto procurando prontuários e tentando entrar em contato com os pacientes fazia com que essas intervenções acontecessem mais tardiamente e gerando um certo cansaço entre os profissionais. Percebia-se uma relativa tensão relacional na UBSF quando os referidos procedimentos não estavam "a mão" para que pudéssemos ir logo para o território dando a impressão que a preparação dessas visitas fosse efetuada no aqui e agora.

Essas tensões pareciam se referir mais a alguns conflitos hierárquicos entre médico, enfermeira e ACSs quanto ao que era previsto/prescrito nas ações planejadas e o que era praticado, algo perfeitamente previsível num ambiente institucional de trabalho. Havia

cobrança frequente da enfermeira para que as ACSs realizassem as atividades territoriais com maior efetividade em relação a um maior número possível de casas visitadas, o que no cotidiano, cultural e local, parecia não ser geralmente possível. Por exemplo, situações de violência no território que exigia estratégias de atuação diferenciada; o clima quente, as vezes, chuvoso e úmido dificultava o acesso a determinadas residências; o calor e a umidade davam origem a mormaço que gerava certo mal estar físico para andar no território; alguns pacientes não eram encontrados em suas residências nos horários previstos.

Contradições também podem ser encontradas no processo de comunicação entre a enfermeira e ACSs, de um lado, a primeira profissional sofre pressões, em nível macrosistêmico, no sentido de operacionalizar de forma “produtiva”(produtividade) as normas institucionais referentes a eficiência do serviço de saúde. E de outro, as ACSs são comunicadas com certo rigor para atender a esta operacionalização que na prática encontra dificuldade de realização.

Pudemos observar que durante alguns atendimentos médicos, a ACS parecia não estabelecer uma interlocução direta junto com o médico auxiliando-o apenas com os procedimentos relativos a prontuários e outros. As vezes, durante as visitas, a ACS dialogava com um ou outro membros da família enquanto o médico atendia diretamente o paciente agendado. Outras vezes, o vínculo profissional entre médico e ACS parecia mais amistoso e ela sentia-se mais à vontade para interlocuções durante o atendimento. Nesse caso, geralmente informando dados importantes, sobre determinados comportamentos em saúde do paciente ou da família que não eram comunicados ao médico.

No caso de Dona Esther, anteriormente citada, a ACS comunicou durante o atendimento que a filha, cuidadora principal da paciente, fumava cigarro frequentemente próximo a idosa que sofria de Tuberculose, o que poderia agravar o quadro em questão. Dessa forma, o médico pode incluir essa informação no seu repertório de atendimento fazendo um trabalho de conscientização e prevenção sobre o tabagismo particularizando o processo de recuperação evitando possíveis agravos no estado de saúde da mãe.

Apesar de haver esses momentos de intervenções pontuais em situações relacionais, os atendimentos, de maneira geral, tendiam a seguir a lógica, onde valorizava-se a questão da medicação, da requisição de exames, prescrições medicamentosas e o atendimento voltado ao indivíduo/paciente. Entretanto, em alguns casos, a rede de apoio de cuidados familiar era ativada pela equipe quando o paciente parecia não compreender bem o que estava sendo dito, principalmente, no que dizia respeito à administração da medicação e os horários prescritos.

Como a Psicologia poderia contribuir para aperfeiçoar essa prática domiciliar?

Nas falas dos sujeitos visitados, pode-se identificar vários eventos significativos da história de vida deles ligadas ou não ao processo saúde/doença e que se relacionam a questões socioexistenciais que vão além do adoecimento físico. Às vezes, as queixas explícitas podem estar relacionadas diretamente a esse adoecimento, porém, nas falas, os aspectos emocionais e relacionais cotidianos emergem por intermédio de uma demanda psicossocial (implícita), que estaria provavelmente articulada ao aspecto biológico.

Nesse sentido, haviam algumas moradias com alguém vivenciando um processo de luto relacionado a morte de um ou mais familiares. Filhos e esposos estavam entre os mais recorrentes, como por exemplo, relatos de mortes referentes ao uso de drogas; óbito de uma paciente visitada que veio a falecer uma semana após o atendimento cuja manifestação orgânica parece não ser a causa principal desse falecimento, associado às condições de vida e formas não adequadas de autocuidado adotadas; Alguns sujeitos apresentavam reações emocionais com certa intensidade ao relatarem a perda de um ente querido, chorando durante o atendimento.

Alguns idosos visitados e que tinham uma melhor condição socioeconômica passavam a viver sozinhos após a perda de um dos seus companheiros. Mas, apresentavam certa dificuldade de adaptação a essa nova situação, principalmente, relativa à rotina dos afazeres cotidianos da casa.

Dona Martha apresentava dificuldade para se alimentar (engolir a comida, sentia dor no estômago), processo que iniciou após a morte do esposo, a cerca de dois meses antes da visita. Chorava e dizia que "não via razão para continuar vivendo sozinha", afinal esteve casada por 60 anos e o marido falecido "era seu companheiro para tudo". Disse ainda que não tinha vontade de cozinhar, de dormir na cama do casal. Passava o dia sentada em sua cadeira de balanço próxima à porta.

A ACS presente nesse atendimento de Dona Martha comentou com o médico que a usuária "estava com depressão". Enquanto pesquisadora fui solicitada para opinar sobre a questão da "depressão". Expliquei que o sofrimento vivenciado por ela não estaria necessariamente vinculado a um diagnóstico de depressão, mas supunha estar mais relacionado a um evento significativo de sua vida, luto pelo falecimento do esposo, e que de certa forma era esperado que ela estivesse comovida com essa situação de perda e de ter que viver sozinha. O médico aceitou essa hipótese e tentou dialogar com a paciente acolhendo seu sofrimento. Sua intervenção focou mais na prevenção e redução dos agravos físicos,

referentes a alimentação, dando alguns exemplos de como os alimentos poderiam ser ingeridos com mais facilidade. Sugeriu ainda que ela saísse de casa para caminhadas ou atividades de convivência na comunidade para que não ficasse o tempo todo sozinha.

Percebe-se que em situações dessa natureza, ao se confrontar com questões subjetivas relativas a sofrimento psíquico, há uma certa dificuldade para lidar com tal problemática. Provavelmente, um maior aprofundamento nessas questões cotidianas possibilitaria uma estratégia de ação de cuidados a saúde mais integrativa, possibilitando a articulação dos aspectos biomédicos com a experiência de sofrimento psíquico da usuária.

Constatamos nas visitas o uso de expressões da parte da equipe “Que Deus lhe dê forças”; “Fique com Deus” ao se despedir de alguns usuários. Isso acontecia principalmente nos casos em que esses choravam por estarem comovidos emocionalmente por algum evento ou perda importante em seu ambiente familiar. Essas expressões indicavam o aspecto espiritual/religioso, evidenciados em alguns atendimentos, onde uma situação de intenso sofrimento dos sujeitos solicitavam da parte dos profissionais uma orientação visando solidariedade e alívio da dor psíquica. Essas manifestações vinham também acompanhadas por um abraço ou aperto de mão dos profissionais e eram recebidas pelos usuários que agradeciam e devolviam com a frase “vão com Deus” evidenciando uma boa vinculação afetiva por parte da equipe com os usuários.

Em algumas situações de agravos, pudemos observar que a equipe de saúde parecia estar funcionando quase como a única rede significativa para o sujeito/usuário, sendo a visita domiciliar um momento relevante em seu cotidiano. Talvez, em consequência desse relativo isolamento social, muitas falas se referiam a programas de TV, como noticiários, casos e entrevistas sobre famílias, notícias de jornais locais etc, como meio de compartilhar o conteúdo desses assuntos com a equipe revelando também a ausência de uma rede de cuidados familiares prazerosa para ele.

Era diferente a disposição e o humor positivo do usuário quando algum membro familiar/cuidador estava presente durante o atendimento, mesmo que fosse apenas para pontuar questões de rotina, como a medicação, resultados de exames, alimentação ou mesmo recordar episódios significativos do seu percurso de adoecimento. Mostrava-se mais acolhedor e administrando mais adequadamente as prescrições médicas, os processos de perdas e contratempos vivenciados no cotidiano quando contava com amparo e cuidados familiares efetivo. Ademais, o diálogo com a equipe incluía geralmente a opinião desses

outros membros quando presentes e o processo de cuidado da equipe se articulava com essa rede de apoio familiar.

Observou-se que algumas prescrições biomédicas não podiam ser seguidas pelo usuário ou tinham dificuldades de serem seguidas, principalmente, aquelas referentes a disponibilidade de medicações na UBSF, a falta da fita do aparelho para o controle da glicemia (DM2), a longa demora para agendamento de exames fora do território e consultas a especialistas no próprio SUS. Por exemplo, no caso dos pacientes diabéticos, poucos eram aqueles que podiam custear a referida fita contando com a ajuda de familiares ou outros. Em princípio, esse aparelho é doado aos pacientes pelo SUS, mas a fita não. Um outro exemplo, é o fato da longa espera para vaga para consulta com Neurologista que pode até ultrapassar um ano.

Percebe-se, então, obstáculos macrosistêmicos importantes para a articulação entre a UBSF com os demais pontos da RAS, carecendo de um planejamento mais eficaz em nível do SUS, incluindo, o matriciamento com a saúde mental, quando necessário, e com o NASF. Esse núcleo multiprofissional poderia contribuir com as ações da equipe num sentido complementar e integral de cuidados. A equipe, sem tais articulações, se depara com impedimentos institucionais no acompanhamento de cuidados a saúde, sobretudo, aqueles que exigem intervenções mais complexas em termos de comorbidades e outros agravos.

Esse panorama de diversas “faltas” repercute-se diretamente nas estratégias de cuidados adotadas pela equipe e na forma como os pacientes promovem o autocuidado. Nessas estratégias seria importante levar em consideração as limitações do serviço e as possibilidades concretas da família do usuário em custear ou não as medicações prescritas. Em consequência, muitos desafios se apresentam aos profissionais para que consigam atuar de forma mais satisfatória para a melhoria das intervenções nos processos de saúde/doença na perspectiva de superação dessas “faltas”. Nesse contexto, a equipe atuava, em várias ocasiões, se desculpando pelas “faltas” e falhas da rede do serviço de saúde pública e pelas condições precárias de acompanhamento de cuidados em determinados agravos, sobretudo, aqueles relacionados aos usuários com DM 2.

Por fim, a problemática sociopolítica atual emergiu em algumas visitas. Muitos usuários e/ou familiares comentavam espontaneamente estarem inseguros quanto a garantia de seus direitos a saúde pública e a programas assistenciais em decorrência de acontecimentos políticos (mudanças governamentais) e sociais (desemprego, crise econômica) que estavam se refletindo diretamente em suas experiências de vida, particularmente, no atendimento precário

dos serviços públicos em geral. Eles se sentiam desamparados e desinformados quanto a evolução dessa situação.

4.3. O acompanhamento de cuidados a saúde em domicílio

4.3.1. Apresentação de dois exemplos significativos referente ao cuidado domiciliar em DM2

Esse momento da pesquisa, com duração de praticamente 03 meses, teve como objetivo principal colaborar com a equipe no acompanhamento de cuidados a saúde desses usuários. Essa colaboração se inseriu na rotina dos profissionais UBSF de visitas domiciliares realizadas pela ACS junto com a pesquisadora e mais voltadas a pesquisa visto que normalmente as ACSs não faziam esses tipos de visitas semanais a esses pacientes.

Com base no diário de campo, identificamos problemáticas de saúde revisando as notas concernentes a Dona Maria e a seu Paulo, casos brevemente descritos no capítulo anterior. Na fala desses dois sujeitos percebemos que havia elementos psicossociais importantes a serem compreendidos e discutidos em seu processo de adoecimento e recuperação da saúde.

Com Dona Maria, levantamos a hipótese que esses elementos psicossociais estariam associados a questão da vulnerabilidade social referente a situação de violência no território a qual ela experienciava mais diretamente através do medo de ter sua casa invadida por assaltantes. Medo que se potencializava pela sensação de mal estar, em particular, quando via o esposo no portão conversando com estranhos e disse ainda que chegava a ficar “doente” diante dessa situação. O conteúdo da sua fala mostrava-se também relacionado ao fato de sentir-se só e ter como principal companhia “Deus”, a quem dedicava momentos de oração durante o dia e ainda dizia que Ele a mantinha viva. Relatava isso com expressões de sofrimento que pareciam interferir no seu estado de saúde na sua vida cotidiana.

Após essas reflexões acima, dialogamos com a equipe da UBSF. Conversamos com o médico e a ACS que estiveram nesse primeiro atendimento com Dona Maria sobre o interesse em convidá-la para participar desse estudo. Todos acharam pertinente e acrescentaram informações complementares: de um lado, de caráter biomédico, sobre a condição de adoecimento da usuária a qual manifestava um índice glicêmico frequentemente elevado e, de outro, aspectos psicossociais, relatados pela ACS que a paciente “era muito sozinha” e “não podia contar com ninguém para ajudá-la nos seus cuidados”.

Nesse diálogo com esses profissionais, planejamos nosso retorno a residência de Dona Maria para convidá-la a participar dessa pesquisa e assim darmos continuidade nos trabalhos. O agendamento para esse contato foi feito pela ACS.

Dona Maria aceitou participar da pesquisa, inclusive assinou o TCLE, e foram realizadas cinco visitas domiciliares. Em princípio, estava previsto uma visita por semana. No entanto, não conseguimos manter essa frequência. Levamos cerca de três meses para realização dessas visitas visto que a houve dificuldades na distribuição e ajustes administrativos do tempo disponível da ACS.

Notamos que o acréscimo da pesquisa nos afazeres da ACS na UBSF causou um certo desconforto, no início, ela precisava cumprir com outras atividades do cotidiano que a impedia, as vezes, de acompanhar a pesquisadora. Esse fato nos levou a flexibilizar o cronograma investigativo, uma vez que a ACS não estava, as vezes no momento combinado para a visita. Essa situação foi administrada junto com o médico. Assim, uma outra ACS substituía sua colega quando ela não podia ir a visita domiciliar com a pesquisadora.

Com Seu Paulo, levantamos a hipótese que os processos psicossociais que percebemos no diário de campo estariam, de um lado, associados a uma vivência de perda e luto pela recente morte do filho assassinado com um tiro a queima roupa e relacionado ao uso de drogas. E de outro lado, a uma situação ansiogênica derivada da possibilidade de desapropriação de sua residência por efeito de um programa governamental local. Seu Paulo disse que vivia uma angústia diária em consequência dessa possibilidade de desapropriação e por não saber o que aconteceria com a família e por depender de uma renda extra que conseguia por meio de aluguel de kitnets por ele construídos em anexo a casa.

A equipe concordou na escolha de Seu Paulo referente aos aspectos psicossociais e acrescentou que ele tinha uma dificuldade emocional para lidar com as situações acima descritas e por conta disso fazia uso de um ansiolítico. Destacaram ainda o fato de que sua esposa passou um longo período acamada mesmo antes da morte do filho por sofrer pela sua condição de usuário de drogas. A ACS disse que enquanto ele estava vivo, ela “sofria demais”.

Nesse diálogo com esses profissionais planejamos nosso retorno a residência de Seu Paulo para convidá-lo a participar dessa pesquisa e assim darmos continuidade aos trabalhos. O agendamento para esse contato foi feito pela ACS.

O Sr. Paulo aceitou participar da pesquisa, inclusive assinou o TCLE, e foram realizadas quatro visitas domiciliares. Em princípio, estava previsto uma visita por semana.

No entanto, não conseguimos manter essa frequência ocorrendo a mesma problemática na distribuição do tempo da ACS.

Houve diferenciação na dinâmica dos dois casos. Enquanto na residência de dona Maria permanecíamos por aproximadamente duas horas ou mais, na casa do seu Paulo esse tempo ficava entre quarenta minutos e/ou uma hora.

Seu Paulo, apresentava, de um lado, um papel mais ativo nas atividades de rotina de sua casa, por exemplo, ele se alimentava rigorosamente de três em três horas, justificando pelo diagnóstico de DM2, movimentava-se frequentemente para afazeres de casa, saía para fazer compras próximo a sua residência, e de outro lado, não aprofundava questões subjetivas de forma explícita e relacionadas ao seu estado de saúde.

Dona Maria, em decorrência de suas limitações físicas, tinha muitas dificuldades para realização dos afazeres domésticos e contava apenas com a ajuda do esposo nas tarefas cotidianas. Durante as visitas ela falava muito e focava mais em questões subjetivas e relacionais da sua rede familiar. Narrava uma série de histórias sobre sua vida, e na sua fala pontuávamos sobre seus cuidados com DM2, em comodidade com HAS. Despedir-se era sempre difícil. Ela insistia que permanecêssemos mais tempo e sempre perguntava se voltaríamos para vê-la.

Após as visitas domiciliares a ambos os casos procurávamos discutir (ACS e pesquisadora) o que nos tinha sido relatado e o que estava ao alcance de ser operacionalizado pela equipe de saúde concernente as demandas dos respectivos pacientes. O conteúdo dessas conversações parecia ser percebido pela ACS como mais vinculado à pesquisa do que seu trabalho cotidiano.

A seguir serão expostos separadamente os dois casos em questão e no final, comentário crítico sobre os mesmos.

4.3.2. Dona Maria: exemplificando o acompanhamento domiciliar para DM2 e HAS

Dona Maria, 65 anos, reside no bairro há 34 anos, é atendida pela equipe da UBSF a cerca de 10 anos. Iniciou seu acompanhamento de cuidados a saúde na ABS, antes da implantação da ESF, após sofrer um acidente vascular cerebral (AVC), apresentando posteriormente um quadro de isquemia cerebral. Tomou consciência da DM2 e HAS após esse acidente e desde então faz seu tratamento com a equipe. Atualmente, é acompanhada prioritariamente em visita domiciliar pelos agravos apresentados nessas condições de

adoecimento referentes à locomoção, diminuição da sensibilidade motora nas mãos, “tonturas”, inflamação ocular, etc.

Destaca-se que os registros das visitas domiciliares do médico indicam que nos dois últimos anos foram realizadas 07 visitas médicas. Sabe-se que está previsto visitas mensais da ACS na casa de Dona Maria assim como para os demais usuários que estão na lista prioritária. Entretanto, não temos informação suficiente para fazer uma avaliação sobre esses acompanhamentos realizados pela ACS.

O acontecer de cuidados em domicílio

O foco na relação e comunicação de Dona Maria foi mais diretamente com a pesquisadora/psicóloga e para sua pesquisa. A ACS quase não falou, pontuou algumas questões referentes aos cuidados da saúde de Dona Maria e seu esposo, seu Pedro, 85 anos. O casal tem três filhos: uma filha de 43 anos, que tem três filhos; um filho de 39 e outro de 33 anos. A filha mora em um “apartamento/quarto” atrás da casa dos pais e o filho mais velho reside com a esposa na mesma casa que eles.

A pesquisadora colocou-se numa posição horizontal, informal e espontânea, acolhendo suas falas sem impor um direcionamento, em fluxo livre, pontuando também, entre algumas falas, questões sobre seu processo de adoecimento (DM 2 e HAS).

Primeira visita da pesquisa:

Ao chegarmos à casa, seu esposo abriu o portão e pediu que aguardássemos na sala enquanto ele a chamava, pois ela ainda estava dormindo. Nesse intervalo, a ACS disse a pesquisadora: “você estava preocupada que ela estivesse esperando e ela estava dormindo”, comentando ironicamente a sua pressa pela pontualidade. Enquanto estávamos sentadas na sala ouvimos a voz de Dona Maria que parecia muito irritada por seu esposo não tê-la despertado antes de nossa chegada. Seu Pedro, nesse ínterim, contou que estava com muita dificuldade para se alimentar e que sentia ainda um mal estar na região torácica. Essa dificuldade referia-se ao não sentir fome, “comia para ficar em pé, porque era necessário”. Queixou-se por estar com os dentes fracos e quebradiços e que precisava procurar um dentista. Sugerimos, então, que procurasse a UBSF, pois o dentista havia retornado aos atendimentos, e tratando os dentes essa dificuldade para comer talvez fosse amenizada.

Sem ter tomado café, Dona Maria chegou na sala “cambaleando” e se apoiando com as mãos na parede, reclamando por não ter sido acordada pelo esposo. Com as mãos cobrindo

os olhos, dizia que "estava cega". Ficamos assustadas com essa cena. Ela pediu desculpas pela demora e dirigiu-se a nós, sentando ao nosso lado no sofá. Explicou que todas as manhãs, quando acordava, passava um longo período sem conseguir enxergar. Disse que havia ido ao oftalmologista, mas o colírio prescrito por ele lhe fez muito mal, preferindo parar de usá-lo, completou dizendo "sou diabética e não posso usar qualquer coisa".

Perguntei se não estava usando o colírio que o médico da UBSF havia prescrito na visita domiciliar anterior, posterior a sua ida ao oftalmologista. Respondeu, em tom de irritação, que seu esposo havia usado o colírio para colocar no olho de uma gata e que ao tentarem comprar novamente a medicação a receita estava expirada. Seu Pedro justificou que a gata estava doente precisando do colírio, mas infelizmente o animal estava muito enfermo, vindo a morrer posteriormente. Em seguida, Dona Maria responde que "valia menos que uma gata!". Todos rimos. A pesquisadora solicitou a ACS que informasse ao médico sobre tal situação. E seu Pedro disse que ia até a "casinha" (UBSF) para pegar uma nova receita.

Apesar de até aquele momento ainda não ter convidado Dona Maria para participar da pesquisa, ela me tratou como se fosse uma pessoa que lhe era familiar, mas só tínhamos nos conhecido através de uma rápida visita, na primeira fase da pesquisa. Ao convidá-la para participar dessa investigação ela pareceu empolgada e disse que aceitava participar pois "tinha muito o que falar e que não tinha com quem conversar". Ela não retornou para tomar café. No seu entusiasmo, começou a falar quase sem parar durante aproximadamente 02 horas. Notamos não só um desejo de falar, mas também a necessidade de um encontro de comunicação com o outro.

A partir daí começou a narrar que tinha "o diabetes adquirido e não o genético" e que, o "adquirido", segundo uma médica, "só dava em pessoas tristes e infelizes". Pedi que me contasse como ela havia descoberto esse diagnóstico e se concordava com o que a médica tinha lhe dito. Ela respondeu positivamente, justificando que era uma pessoa muito sozinha e não se considerava feliz.

A descoberta do DM 2 pela usuária aconteceu há mais ou menos 14 anos quando sofreu uma queda no pátio da sua casa. Dois dias antes de cair ela começou a sentir muita "tontura", ela disse que "era tanta tontura que tentava levantar da cama e caía", não conseguia sair do quarto. Nesse momento, ela nos faz uma pergunta: "se uma pessoa da sua casa passasse dois dias sem sair do quarto ou falar com alguém, vocês não teriam arrombado a porta?". Ela não aguardou nossa resposta, e continuou: "Pois é, aqui ninguém nem chamou meu nome pra saber se eu estava viva". Acrescentou: "peguei forças em Deus!". Em seguida,

chamou um táxi e foi ao banco sacar dinheiro, retornando para casa, sem marcar consulta médica (particular) como pretendia. Ao descer do táxi, em frente a sua casa, ela não se lembra do que ocorreu, e diz que ao abrir o portão da casa... “acordei nove meses depois...”.

Dona Maria narrou que “caiu”, mas foi encontrada desmaiada pela cunhada que estava indo visitá-la. Continua, relata que, segundo os médicos, ela havia sofrido um AVC, permanecendo mais ou menos nove meses sem conseguir se comunicar normalmente. Não se lembra de quase nada sobre o que ocorreu nesse período. Disse que recordava-se apenas que foi para a casa do seu irmão, onde foi "muito bem cuidada" pela cunhada, e que recebeu a assistência médica necessária. Destacou ainda que durante essa situação de adoecimento não teve o apoio que esperava da família (marido e os 03 filhos), e exclamou: “me abandonaram para morrer!”.

O diagnóstico de DM2 foi comunicado a Dona Maria durante o período que ela esteve internada no hospital, pós-AVC. Dentre as sequelas desta doença, informa que sofre de isquemia cerebral. Para ela foi "um milagre que (eu) tenha voltado a falar!”. Contou que alguns "médicos da USP" foram verificar o quadro dessa sequela do AVC e a recuperação do seu estado de saúde. Eles a teriam visitado em sua residência para realização de alguns testes, dentre esses, pediram que fizesse um bolo para se certificar de que “estava boa mesmo”. Mostrava-se honrada com esta visita, pois considerava que havia obtido uma ótima recuperação e reforçou que "só estava viva por que Deus queria”.

Pude perceber durante a visita que as falas de Dona Maria, frequentemente, estavam vinculadas a algum conteúdo religioso, principalmente, ao relatar o enfrentamento com o seu adoecimento. Ela e seu esposo eram católicos, muito religiosos, e ambos tinham o hábito de fazer orações várias vezes durante o dia. Na sala onde ficamos durante as visitas havia imagens de Jesus e da Virgem Maria. Ela, sempre usava um terço no pescoço, e falava de modo recorrente que naquela casa "era ela e Deus”.

Ela dizia viver com muita mágoa. Ressentia-se abandonada pelos familiares. Então, perguntei-lhe por que ela sentia-se tão só quando havia uma grande movimentação dos membros da família na residência diariamente (uma vez que dois dos três filhos, uma nora, o genro e dois netos viviam praticamente no mesmo espaço que eles). Ela narrou suas dificuldades de encontro com os filhos e netos. Quase não vê a filha, diz que ela “trabalha muito”, que é profissional na área da saúde e que cuida de religiosas idosas. Os netos "estudam muito” e quase não ficavam na casa. Sua nora, segundo ela: “dorme o dia todo”, não trabalha e não ajuda nos afazeres de casa. O filho mais novo, único que não mora no mesmo

terreno da casa, era o "único que se preocupava e fazia alguma coisa por ela". Sempre que ele podia a levava para passear, arcava com os custos de alguns medicamentos, inclusive da fita do aparelho para verificar a glicemia. Por fim, lamenta-se, no geral, a falta de ajuda familiar dos outros membros, exemplifica mostrando que estava com a unha do pé muito grande e não tinha ninguém que a ajudasse a cortar, sozinha, tinha medo de se ferir por conta do diabetes. Então ia deixando crescer a unha até que pudesse pagar um podólogo.

Até esse momento da visita seu Pedro ficou calado. Não falou nem mesmo a respeito de qualquer colocação da esposa. Ele vai participar da conversa no momento em que perguntei para o mesmo e sua esposa sobre a alimentação de ambos, numa tentativa de dar espaço para que ele falasse também a respeito da família, colocando seu ponto de vista. Ambos responderam que se quisessem comer precisavam preparar sozinhos suas refeições, isto é, o casal se ajudava, mas nenhum outro membro da família os ajudava. Entretanto, eles comentaram que a alimentação dos membros da família que moram na residência era paga com a aposentadoria do casal, enfatizaram: "o rancho é às nossas custas". Dona Maria acrescentou que eles dois poderiam viver muito melhor com o dinheiro que recebiam se não precisassem "sustentar toda essa gente". Ao mesmo tempo em que colocavam essas situações que os desagradavam, ela dizia que por ser mãe jamais deixaria de ajudá-los, mesmo que eles não retribuíssem o mesmo gesto, como expressou: "comida é algo que não devia se negar para ninguém".

Esse encontro já durava cerca de 02 horas e eram mais 11 horas da manhã, sem que Dona Maria tivesse feito sua primeira refeição. ACS e pesquisadora ficaram preocupadas com o tempo de jejum matinal, tentaram se despedir, argumentando que ela precisava fazer sua refeição e tomar suas medicações. Porém, ela insistiu para não irmos embora, alegando que não tinha horário certo para tomar os medicamentos e para se alimentar. Disse ainda que não sentia fome, que lembrava de fazer uma refeição quando já estava passando mal.

Referiu-se, naquele momento da conversa, a uma situação em que achou que "estava morrendo", sentindo-se muito mal e disse: "se aquilo era a morte é muito ruim, minha irmã", mas, lembrou-se na ocasião de colocar um "punhado de açúcar na boca, aí foi melhorando aos poucos", tratava-se provavelmente de uma crise de hipoglicemia. A impressão que tivemos era de que a Dona Maria não associava que a falta de regularidade na alimentação pudesse estar relacionada a este tipo de crise. Então, a pesquisadora tentou falar sobre a importância de ter uma rotina alimentar mais regular, para o controle do seu quadro de adoecimento, e para minimizar suas "tonturas" e/ou agravos. Ela concordou.

Quando nos despedimos ela insistiu que ficássemos ainda conversando com ela. Ficamos alguns minutos, quando nos despedimos. Ela pediu desculpas por “falar tanto”, mas que estava “sempre sozinha” e quando havia “alguém por perto era muito bom”. Dissemos a ela que não havia o que se desculpar, pelo contrário, nossa conversa tinha sido ótima e voltaríamos.

As outras visitas domiciliares:

Na segunda visita, ao chegar à residência de Dona Maria, ela abriu o portão e estava chorando. Perguntamos se havia acontecido alguma coisa e ela respondeu que “tinha acordado muito chateada com a diabetes, pois nunca baixava, estava sempre alterada”(essa informação, a equipe da UBSF também havia repassado anteriormente). Ela havia verificado o índice glicêmico naquela manhã que marcou 198 mg/dl, mas segundo ela: “não conseguia entender esse número, pois não comia quase nada”. Ao perguntarmos se ela sentia falta de comer alguma coisa que gostasse mas que evitasse por conta do DM2, ela respondeu que: “sentia falta de muitas coisas, mas principalmente de ovo”. Estranhamos sua resposta, então, indagamos por que ela não comia ovo. Informou que um médico do sistema privado de saúde, anos atrás, tinha-lhe “proibido de comer ovos e que banana só deveria ingerir duas vezes na semana”.

Então, Dona Maria nos pergunta se poderia consumir ovos e respondemos que iríamos conversar com o médico da UBSF para lhe pedir uma lista atualizada do que ela poderia se alimentar habitualmente. Nesse momento, ela começou a enumerar diversas coisas que não comia, como por exemplo, arroz, leite (cerca de 2 vezes na semana), carne vermelha (só come peixe e frango), macarrão e ovos. Posteriormente, contactamos o médico da UBSF para informar sobre essa situação.

Sobre as visitas subsequentes sintetizamos o que nos pareceu mais relevante para nossa investigação.

Dona Maria, valorizava geralmente, nas falas, sua subjetividade e narrativa de vida, mais do que a “objetividade” das informações sobre o diagnóstico biomédico, o que se podia perceber através dos seus agravos recorrentes sem um controle adequado de seu processo de adoecimento e não manifestando melhora em seu estado de saúde (p.e. alterações do índice glicêmico, crise hipoglicêmica, tonturas, perda de sensibilidade nas mãos, inflamação ocular). Ela parecia não perceber a associação entre seus aspectos subjetivos e os comprometimentos físicos e agravos referentes a sintomatologia médica.

Essa percepção parecia se refletir na sua vida cotidiana. Seu amor por seu marido, aparentemente não correspondido, tinha sido uma aflição constante após o casamento. Ela o culpabilizava pela sua infelicidade (nas visitas, ele escutava tudo e permanecia calado). Contava que o "pegou com várias mulheres durante a vida", e que ele a deixava em casa para procurar "mulher na rua". "Eu era uma mulher jovem e ele ainda ia para a rua, minha irmã (como chamou a pesquisadora)". E, após o episódio do AVC, ela se sentiu ainda mais sozinha e desamparada pela família.

Tentamos conversar com o esposo, que participava das visitas, mas ela, geralmente o interrompia e não o deixava falar, justificando que a pesquisa era para ela e não para ele. Essa sua postura parece indicar uma forma de lhe dizer que ela não estava só e que tinha alguém para escutá-la, criticando-o indiretamente, por ele não ouvi-la e lhe dar a devida importância. Ou talvez sugira um modo de lhe fazer ciúmes ou de "vingar-se" por ele deixá-la sentir-se tão sozinha.

Em algumas ocasiões, perguntávamos de forma recorrente como ela estava se alimentando, mas a resposta era de que havia acordado cedo, porém nem tinha tomado café e nem a medicação. E nesses momentos nós lembrávamos, de modo normativo, sobre os agravos que poderiam manifestar-se com a falta desse autocuidado. Repetíamos que sua frequente alteração da glicemia poderia estar associada a falta de rotina alimentar e o não cumprimento dos horários das medicações. E essa situação poderia ainda estar influenciando na sua "falta de disposição" para levantar-se e sair do quarto. Insistíamos delicadamente que era preciso se cuidar. Nesses momentos, ela se mostrava surpresa e pensativa quando associávamos seus agravos com a sua falta de rotina alimentar. Mas, logo em seguida, ela voltava a falar sobre a falta de solidariedade dos membros da família com sua condição de adoecimento.

Atribuía, várias vezes, a isquemia cerebral o seu esquecimento para se alimentar e que lembrava-se de comer quando estava "passando mal". Isso era dito como uma reclamação sobre a falta de participação dos familiares nos seus cuidados. Seu Pedro, em uma dessas ocasiões, entrevistou afirmando que preparava o café da manhã para ambos todos os dias. Essa interferência na conversação parece sinalizar que ele não concordava o seu dito de que "todos" os familiares estavam alheios aos seus cuidados, pois não era o seu caso. Perguntamos nesse espaço de tempo o que Dona Maria comia normalmente no café da manhã e ele respondeu que ela tomava apenas café preto com pão torrado, nada mais. Sobre o almoço ela acrescentou que sentia muita dificuldade para cortar os alimentos por causa da falta de

sensibilidade nas mãos (p.e., cortar cebola, carnes, legumes) e que reconhecia que seu Pedro a auxiliava nessa atividade. Nessa refeição, eles diziam que comiam frango ou peixe, não comiam arroz, não sabemos ao certo sobre o que realmente se alimentavam nesses momentos, as informações eram vagas .

Na última visita domiciliar que fizemos, Dona Maria abriu o portão de casa entusiasmada e anunciou que "tinha acabado de tomar café". Esse fato foi uma surpresa muito positiva para nós, lhe parabenizamos e reforçamos novamente a importância desse autocuidado. Perguntamos o que ela havia comido e respondeu que tinha tomado café com torradas, o que normalmente comia. Sentamos na sala, e ela falou um pouco sobre um programa de TV que normalmente assistia, mas sobre seu casamento, filhos, netos, se expressava em tom de desagrado.

Depois, indagou se no tratamento da "diabetes adquirida" (referindo-se a DM2) se utilizava a insulina. Lembrou, nesse momento, que um médico particular, anos atrás, tinha-lhe prescrito o uso de insulina (injetável) e que "quase a matou porque prescreveu insulina". Ela entendia que a "insulina é pra diabetes genética" recusando-se a usá-la. Expliquei-lhe que havia casos em que o uso dessa medicação era também prescrito para DM2.

Exemplificamos essa prescrição, referindo-se ao tratamento para DM2 em comodidade com tuberculose. Nesse caso, o uso da medicação oral era substituído pelo uso da insulina injetável, em decorrência da interação medicamentosa referente a essa comorbidade, depois de terminado o tratamento de TB, retoma-se a para medicação oral habitual. Referindo-se ao caso dela, informei que quando não se consegue controlar o índice glicêmico com a medicação via oral pode-se recorrer ao uso da insulina. Ela ficou surpresa com essa informação, mas desconfiada, provavelmente por não ter sido veiculada por um médico que legitimaria essa comunicação.

Da primeira visita até esta última, ela queixava-se sempre de uma irritação e secreção nos olhos, dificuldade para enxergar, esses sintomas se agravaram com o tempo. Comunicamos ao médico e ele fez uma visita domiciliar, acompanhado da ACS e pesquisadora, nesse mesmo dia. Constatou que, não estava fazendo uso do colírio e da medicação para HAS, prescritas antes por ele. Mas, a medicação para DM2 estava sendo tomada nos horários errados. Ele receitou novamente o colírio e a medicação para HAS e insistiu com ela para que seguisse os horários anteriormente determinados. Ele reforçou a necessidade das medicações serem administradas corretamente, caso contrário ela poderia passar mal e ter que buscar uma urgência. A paciente replicou, dizendo que preferia "morrer

em casa ao ir para um pronto atendimento”, o médico nada respondeu. Esperávamos que fosse abordada por ele a questão dos cuidados referentes a sua alimentação e discutisse com a família sobre a participação deles nos cuidados a saúde em relação a mãe. Entretanto, esses assuntos não foram abordados.

4.3.3. Seu Paulo: exemplificando o acompanhamento domiciliar para DM2 e HAS

Seu Paulo, 59 anos, reside no bairro há mais de 26 anos. É acompanhado pela equipe da UBSF em outros programas desde a fundação desta unidade. Foi diagnosticado com DM 2 e HAS em 2012 e a partir de então é atendido prioritariamente em domicílio. Nesse ano, passou mal e foi internado às pressas entrando em uma situação de coma, cuja causa principal foi o índice glicêmico muito elevado (600 mg/dl). A partir deste evento, tomou conhecimento de que tinha o Diabetes. Ele supõe que devia ter essa doença a muito tempo, mas que nunca suspeitou, disse que trabalhava muito e "não parava para fazer exames”.

Destaca-se que os registros do prontuário das visitas domiciliares do médico indicam que nos dois últimos anos foram realizadas 03 visitas médicas. Sabe-se que está previsto visitas mensais da ACS na casa de Seu Paulo assim como para os demais usuários que estão na lista prioritária. Entretanto, não temos informação suficiente para fazer uma avaliação sobre esses acompanhamentos realizados pela ACS.

Houve uma reclamação por parte de seu Paulo tanto referente a demora de retorno da visita domiciliar da equipe da UBSF para seu acompanhamento em saúde quanto a demora de retorno dos exames solicitados pelo médico.

O acontecer de cuidados em domicílio

Primeira visita da pesquisa

A pesquisadora colocou-se numa posição mais horizontal, informal e espontânea, acolhendo suas falas sem impor um direcionamento, em fluxo livre, pontuando entre algumas falas questões sobre seu processo de adoecimento (DM 2 e HAS), isto é, como soube que tinha DM2, seu autocuidado cotidiano, suas ações para o alívio dos agravos desse processo, rede de cuidados familiar. Observamos que a ACS interagiu mais com este casal. Ela identificou-se com o problema da possível desapropriação do seu Paulo e sua família, situação sofrida por ela a mais ou menos cinco anos atrás, narrada com sofrimento nessa visita.

Em todas as quatro (04) visitas realizadas ao seu Paulo havia alguém da família presente. Ele estava sempre disposto e envolvido com alguma atividade da casa ou das netas.

Na primeira visita domiciliar da pesquisadora com a ACS, sem a presença do médico, convidamos Seu Paulo, na presença de sua esposa, para participar dessa investigação e ele aceitou, assinando o TCLE. Começou a falar que a cerca de 30 anos atrás soltou um foguete o qual explodiu enquanto estava segurando o mesmo com a mão. Em consequência desse acidente ficou com um “zumbido no ouvido” que diz que “nunca melhorou”, causando-lhe inclusive “tonturas” na cabeça.

Em seguida, narrou que há aproximadamente cinco anos atrás (2012) foi internado às pressas por estar em estado de coma em consequência do seu índice glicêmico muito alto (600 mg/dl). A partir desse evento ele tomou conhecimento de seu diagnóstico de DM2. Afirmou que achava que devia ter há muito tempo esse diagnóstico, mas que nunca suspeitou. Acrescentou que trabalhava muito e “não parava” para fazer exames. Chegou a emagrecer 10 kg durante a internação e manteve o peso por algum tempo após hospitalização.

Enfatizou que o mais importante para o controle do diabetes era a alimentação. Depois da alta hospitalar ele iniciou um processo de mudança de hábitos em sua vida que envolveu a família. Sua filha e esposa contribuíram nesse processo, inclusive, preparando refeições adequadas para o seu estado de saúde e no controle da medicação prescrita. Mas ele conta que foi “relaxando um pouco”, com o tempo, sua alimentação por uma série de acontecimentos que o preocupava e o deixava ansioso.

Essa ansiedade, segundo ele, começou a piorar e interferir mais diretamente no seu dia a dia quando, junto com a família, vivenciaram uma “tensão diária” há três anos quando receberam um comunicado de desapropriação do terreno e da sua casa, justificado pelo município por se tratar de uma área de risco. Porém, eles não aceitavam essa justificativa, considerando-a injusta, dando o exemplo de um vizinho, o qual tendo uma melhor condição econômica e relações interpessoais com políticos, não seria removido do local. Outro exemplo de sua situação de injustiça referia-se a Copa do Mundo (2016), isto é, por causa desse evento importante a administração municipal queria “esconder os pobres” desapropriando-os de áreas que ficavam no entorno do novo estádio de futebol.

A família buscou vários mecanismos de mediação, com o município e políticos de suas relações para que não ocorra essa desapropriação. Pois, não só construíram a casa, onde vivem, mas também kitnets em anexo, como forma de complementar a renda familiar através do aluguel desses espaços. Relatou que em uma das vezes que buscou, junto com a família,

falar com algumas autoridades foram “induzidos” a assinar um documento, onde escolheriam entre uma casa, um apartamento ou uma quantia em dinheiro, como indenização pela sua propriedade. Em consequência, concordaram em sair da casa, assinando o documento proposto. Mas até aquele momento não haviam sido desapropriados nem indenizados.

Posteriormente, tomaram consciência que os vizinhos que passaram pela mesma situação não conseguiram comprar nada equivalente ao imóvel que já tinham. E tudo indica que perceberam que a quantia paga para indenização prevista não seria suficiente para a compra de um novo imóvel equivalente ao atual, o que os deixavam ainda mais preocupados e ansiosos quanto ao futuro da família.

Nesse momento da conversa a ACS que experienciou a desapropriação de seu imóvel a cerca de cinco anos atrás falou com Seu Paulo e Dona Fátima sobre as situações aflitivas que vivenciou ao sair desse bairro e ficar longe dos familiares e amigos. Enfatizou que teria sido desapropriada injustamente visto que alguns vizinhos permanecem vivendo no local normalmente. A ACS narrava que sentia muita tristeza quando passava pelo terreno, quase que diariamente, por ter deixado uma vida inteira para trás. Falou que onde mora atualmente é “um silêncio só”, não há conversas com os vizinhos, “é muito difícil!”. Concordou com o sofrimento da família, destacando que a quantia recebida pela indenização não era equivalente ao valor do imóvel e que sua mudança de residência lhe acarretou uma queda na qualidade de vida e mostrou-se solidária para com eles.

Essa situação de incerteza quanto ao futuro da família e que, se concretizada, vai prejudicar muito o orçamento da casa e as relações estabelecidas na comunidade, fez com que o seu Paulo passasse a fazer uso de um ansiolítico. Esse estado constante de tensão resultou ainda que seus avanços para mudanças dos hábitos alimentares sofresse alterações. Hoje encontra-se acima do peso. Relatou que come em média 10 fatias de pão integral por dia, mas pontua que a esposa tenta manter as refeições saudáveis na medida do possível. Disse considerar os horários das refeições “sagrados”, comendo a cada três horas, inclusive comentou que estava quase na hora de fazer seu lanche da manhã, então nos despedimos para que pudesse fazer sua refeição com calma.

As outras visitas domiciliares:

O casal informou que não cultivavam plantas no quintal e que raramente tomavam chás. Quando tomou consciência do diagnóstico do diabetes fez uso de “muita coisa”. Considerando os setores de cuidados à saúde sugerido por Kleinman (1980), citado por

Helman (2006). O percurso terapêutico do Seu Paulo, logo após esse diagnóstico, teria caminhado no setor popular. Disse que tomou "muita água com pepino e berinjela", mas, não percebendo melhora em seu estado de saúde deixou de fazer uso desse líquido. E também procurou um "curandeiro muito famoso", no interior do Estado, mas não notou uma recuperação efetiva em seu processo de adoecimento.

Falava com muito orgulho de sua trajetória profissional, inclusive, que chegou a atuar simultaneamente em três empregos ligados ao esporte. Durante muitos anos deu pouca atenção e afeto a sua família. Trabalhava muito e quando conseguia folga, a invés de passar mais tempo com a família buscava momentos de lazer com amigos. Relatou que gostava muito de ingerir bebidas alcoólicas e que hoje se arrepende da forma como administrou seu tempo livre. Esses hábitos de vida cotidianos, aparentemente, pouco saudáveis, somados a rotina extensa de trabalho, podem ter contribuído para que o processo de adoecimento se agravasse, chegando ao longo do tempo (superior a 10 anos) a uma situação de coma.

Percebia-se que seu Paulo relacionava o fato de ter diabetes com o estilo de vida que levava e que se empenhou em mudá-lo. Essa mudança fez com que seu Paulo não só reavaliasse suas condutas e escolhas de vida do passado e ainda seus projetos de vida futura, incluindo o modo de se relacionar com a família. Passava mais tempo com a esposa, filha e netas, parecia mais afetuoso e envolvido na dinâmica do lar.

O processo de luto, em consequência da morte do filho, parecia caminhar para uma ressignificação da perda. Pensava mais no futuro das netas (filhas do falecido), aceitando que "fizeram o que podiam ter feito pelo filho". Sua esposa falava com mais tranquilidade sobre esse acontecimento e a atenção de ambos estava mais voltada para atender as demandas das netas, a mais velha morava com eles (06 anos) e a menor (02 anos) morava com a mãe (usuária de drogas), mas passava os finais de semana na casa deles. Entretanto, o casal, teme pelas condições de vida e de moradia precárias da neta menor e esperam que ela venha morar com eles um dia. A neta mais velha sente muita falta de sua irmã, mas quando estão juntas "se estranham", segundo eles, referindo a desentendimentos.

A impressão que se tem é de que a principal motivação existencial do casal, após a morte do filho, seria a relação de afeto com as netas que diziam fazer um grande esforço para "dar o melhor" a ambas. A mais velha tem aulas de balé, estuda em escola privada e recebe a atenção dos avós quanto as suas necessidades básicas. A organização cotidiana da família se apoiava em ações mutuas de cuidados e apoio recíprocos para que as netas se desenvolvessem com saúde e em um ambiente mais seguro.

O processo de adoecimento não parece ter sofrido agravos no período em que foi visitado. Contudo, permaneceu acima do peso recomendado, mas em condições relativamente saudáveis. A rede familiar de cuidados parecia funcionar adequadamente auxiliando-o na administração da medicação para DM2 e HAS, na preparação das refeições e em suas saídas próximas a residência. A medicação para o estado de ansiedade parece associar-se a seu momento existencial de medo de desapropriação da sua moradia assim como das redes de relações comunitárias que cultivou ao longo da vida, mais de 25 anos.

Entende-se que poderia haver a possibilidade de se trabalhar essa questão da ansiedade do seu Paulo, principalmente se a equipe da UBSF contasse com o apoio matricial do NASF, que poderia atuar pontualmente em estratégias para redução de tal condição. Certamente essa atuação repercutiria, nos cuidados dispensados ao DM 2 e a HAS e na sua qualidade de vida.

4.4. Comentando os dois exemplos apresentados

A prática dessas visitas domiciliares visou dar uma contribuição da psicologia da saúde a esses atendimentos, não habituais, na perspectiva da integralidade do cuidado a saúde que inclui os processos psicossociais, subjetivos e intersubjetivos, e suas relações com a sintomatologia clínico/biomédica implicada no trabalho da equipe e na condição crônica de adoecimento desses dois casos.

Tentamos comparar os dois casos acompanhados em suas experiências como sujeitos em processo de adoecimento nas condições crônicas do DM 2 e nas situações existenciais cotidianas, nos respectivos espaços das visitas domiciliares. O que havia em comum entre os dois usuários eram: o duplo diagnóstico biomédico, DM2 e HAS; ter acompanhamento de visita domiciliar em caráter prioritário pela mesma equipe (ACS, enfermeira e médico). Em ambos os casos descritos os aspectos psicossociais estão marcando as significações do DM 2 e orientando a forma como o autocuidado é conduzido por eles e pela sua rede de cuidados familiares.

Seu Paulo, apesar de vivenciar um momento de grande impacto em seu projeto de vida, por causa do risco de desapropriação residencial, está inserido em uma rede de cuidados significativa em sua família. Esposa e filha se coresponsabilizam por acompanhar e colaborar com seus cuidados cotidianos quanto à sua alimentação, administração de suas medicação, controle da glicemia e pressão arterial. Ademais, o vínculo afetivo entre os membros da

família (esposa, filha, genro e netas) se dá de modo a propiciar que lidem de forma mais satisfatória e resiliente com os problemas e adversidades cotidianas ou demais situações que requeiram apoio efetivo.

O conjunto desses aspectos biopsicossociais facilitariam uma dinâmica de enfrentamento e minimização de agravos. Esse núcleo familiar não requereria uma maior atenção da equipe da UBSF no acompanhamento a saúde do seu Paulo, uma vez que atua de forma colaborativa e solidária enfatizando a prioridade para as relações informais de cuidado. Provavelmente, por essa dinâmica familiar ativa, nos últimos dois anos, seu Paulo foi visitado pelo médico da equipe da UBSF apenas 03 vezes, segundo dados obtidos no prontuário.

No caso de Dona Maria, apesar de ela vivenciar uma série de agravos em sua condição crônica de adoecimento, causando-lhe limitações físicas (p.e. inflamação ocular) e cognitivas (p.e. sequelas do AVC), a rede de cuidados familiares é mais restrita, sobretudo, aos seus cuidados com alimentação, administração das medicações, controle da glicemia e pressão arterial. Seu esposo, 85 anos, a ajuda nas atividades cotidianas da casa, como na preparação do café da manhã e a auxilia para a preparação das demais refeições. Ela expõe com sentimento de aflição que ambos estão e se sentem praticamente sós para administração da vida cotidiana e, pela idade avançada do esposo, precisaria de certo auxílio em determinadas atividades cotidianas, queixando-se que o conjunto de seus familiares colaboram pouco com os seus cuidados a saúde.

Entretanto, a própria relação do casal, configurando-se como principais cuidadores um do outro, parece estar fragilizada quanto aos sentimentos e comunicação expressos referentes ao sofrimento na história de vida de ambos, principalmente, no período pós AVC, quando Dona Maria sentiu-se abandonada por todos. Em decorrência dessa dinâmica de organização familiar quanto aos cuidados a saúde da Dona Maria acaba requerendo maior atenção por parte da equipe de saúde da UBSF em termos de cuidados e nos processos de agravos constantes em suas condições crônicas, tanto que, nos últimos 02 anos foi visitada pelo médico da equipe da UBSF 07 vezes, segundo dados obtidos através do prontuário.

A espiritualidade, religião e fé católica aparece como um forte fator protetivo para Dona Maria enfrentar as adversidades e sofrimentos cotidianos. Relatava que só estava viva por que Deus queria. Essa vivência a auxiliava para a minimização de seus sofrimentos cotidianos e enfrentamento de tais situações através da prática diária de rituais de oração (p.e. rezar o terço).

Dona Maria, ao associar seu diagnóstico de DM 2 a algo que ela “adquiriu” em decorrência de uma vivência de tristeza e infelicidade, que está expressa sempre relacionada a fala sempre presente de “não ser feliz”, adota estratégias de autocuidado pouco efetivas no sentido de não haver um movimento eficaz para a administração das suas medicações, recomendações médicas e rotina alimentar minimamente satisfatória para controle da doença. Pelo contrário, o entendimento sobre sua condição de adoecimento aparece mais relacionado as suas problemáticas existenciais e as suas relações, afetos e vínculos familiares, ou seja, aos aspectos psicossociais vivenciados em seu cotidiano, que por sinal, não parecem se articular adequadamente com aqueles biomédicos.

Seu Paulo, por outro lado, tem uma compreensão mais objetiva sobre o seu processo de adoecimento, seguindo as recomendações médicas e incluindo a mudança do seu estilo de vida . Segundo ele, “na minha opinião a alimentação é o mais importante” para controle do DM2. Em sua estratégia de autocuidado adere a uma rotina alimentar relativamente satisfatória para o controle e minimização de agravos dessa condição crônica e administração da medicação, contando ainda com o apoio dos familiares nessa rotina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação evidenciou que a psicologia da saúde, de orientação comunitária, pode contribuir para o conhecimento científico sobre a prática de cuidados domiciliares na Atenção Primária da Saúde (APS) utilizando o método da observação participante integrando-a posição de pesquisadora implicada no cotidiano de uma UBSF.

As contribuições concernem essencialmente o estudo sobre práticas de visitas domiciliares nesse campo investigativo referentes aos sujeitos/usuários com DM2 e HAS, destacando a necessidade de uma revisão contextualizada do modelo biomédico no sentido de incluir mais diretamente os processos psicossociais na interdisciplinaridade da equipe da UBSF e na visita domiciliar visando a melhoria desse nível de atenção.

Corroborando com nossa pesquisa, Ramón & García (2013), evidenciam que o apoio familiar influencia na evolução e desenvolvimento dessa patologia, por conseguinte, consideram esse apoio psicossocial como fundamental para desenvolver comportamentos saudáveis, de autocuidado a saúde. Enfatizam ainda que o tratamento para pessoas com doenças crônicas, como DM, deve incluir também na compreensão desse processo de adoecimento os aspectos psicológicos e sociais almejando assim alcançar o bem estar e a prevenção de agravos.

Em Manaus, Souza & Garnello (2008) realizaram uma pesquisa etnográfica na rede básica de saúde e analisaram entre outras práticas sanitárias a do programa HIPERDIA. Em uma Unidade Básica investigada observaram que as visitas domiciliares por profissionais de nível superior aos pacientes desse programa sofriam de limitações contextuais. Tornando-se, inclusive, praticamente inviáveis para a realização dessa prática em locais distantes e de difícil acesso. Entretanto, para os usuários que residiam no entorno da Unidade essas visitas ocorriam mas eram prejudicadas pela falta de delimitação da área de abrangência dos atendimentos acarretando para vários pacientes o deslocamento do atendimento em outra Unidade. E os cuidados ali ofertados aos usuários focalizavam os aspectos biomédicos e sobretudo farmacológico para o controle da HAS e DM.

Contrastando com os resultados de Souza & Garnello (2008), nossa pesquisa evidenciou que a prática de cuidados realizada em âmbito domiciliar pelos profissionais da UBSF, que investigamos, acontecia de forma regular no território adscrito mesmo que as residências fossem de difícil acesso e longínquas. Além disso, evidenciamos que, apesar de o

caráter biomédico ser valorizado, os processos relacionais entre equipe e usuários estavam marcados por uma boa vinculação afetiva e empática, sendo que a equipe parecia ser, nos casos em que os usuários não tinham uma rede de cuidados familiar efetiva, a principal rede de apoio e cuidado, mostrando-se disponível para escuta de outras demandas em saúde, mesmo que não houvesse um trabalho específico nessas vivências, elas eram acolhidas.

A visita domiciliar na Atenção Primária de Saúde (APS) mostrou-se, de fato, uma importante estratégia de cuidado territorial, propiciando o reconhecimento do meio em que o sujeito/usuário vive, das relações significativas que ele constrói e do sentido que ele atribui a sua experiência de adoecer, em particular em DM2 e HAS. Aparece como possibilidade concreta de agir em uma comunicação horizontal nas interações entre profissional e usuário, indo ao encontro de situações experienciadas por ele no cotidiano, de sua rede familiar de cuidados a saúde assim como do planejamento visando a garantia de acesso e a integralidade de cuidados a saúde.

Nesse contexto domiciliar, sugere-se uma maior valorização do sentido do sofrimento na vida cotidiana do sujeito/usuário, mas percebê-lo aí nas suas articulações com os processos de adoecimento e agravos do DM2 e HAS. Seria um “olhar” mais sensível as experiências de sofrimento psíquico vivenciadas por ele em seus acontecimentos significativos (p.e. processos de luto, conflitos relacionais, mudanças de estilo de vida, entre outros) no percurso de sua história de vida, contribuindo, assim, com seu empoderamento.

Ressaltamos ainda a relevância da rede de apoio ou de cuidados familiar do sujeito/usuário na minimização de seus agravos. Quando essa funcionava efetivamente na prática notávamos uma diferença importante quanto ao controle dos agravos e o lidar com o DM2 e HAS, demarcando efeitos salutares na vida do usuário, exigindo menos do trabalho da equipe da ESF. Quando essa rede quase não funcionava, as demandas do sujeito eram respondidas com mais atividades e visitas domiciliares para esse usuário. Por isso sugerimos que a equipe da ESF trabalhe mais a dinâmica relacional dessa rede na visita domiciliar.

Nesse tipo de intervenção domiciliar consideramos fundamental a importância da intersetorialidade com a implantação do NASF para dar suporte a essa equipe visando uma compreensão mais enfática sobre a dinâmica de vida cotidiana de cada usuário, destacando sua rede pessoal e familiar específica, suas concepções de saúde/doença/sofrimento, seu autocuidado, suas estratégias de cuidados percebidas (p.e. ervas medicinais, cultura alimentar) em seu meio sociocultural e ambiental, e seus conhecimentos adquiridos sobre essa problemática durante sua trajetória de vida.

Essa colaboração entre a ESF e o NASF pode ampliar as práticas dos cuidados ofertados incluindo os processos psicossociais e culturais nas discussões e decisões das equipes. Entendendo assim que os processos subjetivos e intersubjetivos estariam implicados diretamente nos processos de saúde/doença/sofrimento interagindo e influenciando mutuamente essas interações complexas.

Reconhecemos que há um longo caminho ainda ser percorrido para a garantia de um acesso a saúde pública de qualidade e que vá ao encontro das reais necessidades dos sujeitos/usuários que sofrem de DM2 e HAS. Constatamos, que há falhas e obstáculos concretos no funcionamento da “rede integrada” dos serviços de saúde em Manaus, seja no interior do SUS, seja com a rede conveniada ao SUS, como já mencionamos nessa dissertação anteriormente. Há necessidade de reformulações político-econômicas no sentido de superar essa situação. Em todo caso, a própria existência de uma UBSF e da possibilidade de realização de visita domiciliar demarca um avanço significativo no sistema público.

Nossas análises foram mais de caráter descritivo e exploratório tentando articular os pressupostos teóricos e o material empírico de campo. Para a continuidade dessa pesquisa seria importante aprofundar essa sistematização, mas numa posterior sequência de investigação de campo, participativa, ainda na mesma UBSF e para contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho em APS, particularmente, com os sujeitos com DM2 e HAS.

REFERÊNCIAS

ABALO, J.; MELENDEZ, E. **Psicología de la Salud: Aspectos históricos y conceptuales**. En: Hernández, E., Grau, J. (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 2005, 33-84

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil; BOSI, Maria Lúcia Guimarães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, mai, 2009.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. In BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus*. Brasília, DF. 2013.

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: teoria e prática**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

ASSIS, L. C. et al., Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2012; 14(2): 65-70

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. 10 edição. Petrópolis: Vozes; 2004.

BRANDÃO, S. N. **Visita Domiciliar: Ampliando Intervenções Clínicas em Comunidade de Baixa Renda**. Dissertação de Mestrado, defendida na Universidade de Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Operação. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF 2006.

a

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. 3ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7

_____, Ministério da Saúde. **Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de atenção domiciliar. Vol. 1. Brasília, DF, 2012.

_____, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus*. Brasília, DF, 2013.

CALATAYUD, F.M. **Introducción al estudio de la psicología de la salud**. Secretaría General Administrativa Editorial UniSon. 1997

_____, **A psicologia e a promoção da saúde: do que necessitamos, o que temos e o que podemos fazer**. In: SARRIERA, J. C. (org). *Saúde comunitária: conhecimentos e experiências na América Latina*. Porto Alegre: Sulina, 2011.

CALDEIRA, S. Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem. 3(2):157-164 julho-dezembro 2009

FURTADO, J. P. **Equipes de referência:** arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (22): 239-255, 2007.

GODOY, J. **Psicología de la Salud:** delimitación conceptual. En: Simó“, M.A. (Ed). *Manual de Psicología da Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, capítulo primeiro, 39-76. In: Abalo, J.; Meléndez, E. **Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales**. Ciudad de la Habana, 2004.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. 5 ed. Bolner AR, tradutor. Arsego F, consultor, supervisor e revisor técnico. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cuidado e cura: os setores de saúde; p. 79-112.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In: CFESS (org.) **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão**. Brasília CFESS, 2002, p. 13-50. Disponível em: http://arquivos.mppb.mp.br/psicosocial/servico_social/atribuicoes.pdf. Acessado em 08 de Janeiro de 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MATARAZZO, J. D. **Behavioral health and behavioral medicine:** Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817, 1980.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 33.ed, Petrópolis, Rj: Vozes, 2013.

MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Chris- tovam. **Vigilância em saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodo- lógicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

PINHEIRO, Roseni & LUZ, Madel, Therezinha. **Práticas Eficazes X Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade** In: PINHEIRO, Roseli & MATTOS, Rubem, Araújo org. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PINTO, Lorena Faturado et al. **Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde**. Org. Nelson Filice de Barros. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

RAMÓN, Concepción López & GARCÍA, María Isabel Ávalos. **Diabetes mellitus hacia una perspectiva social**. *Rev Cubana Salud Pública* vol.39 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2013

ROBINSON, J. T. A note from the secretary. *The Health Psychologist*, 3(2), 6. Summer-Fall, 1981.

SILVA, K. L. et al **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde**. *Rev Saúde Publica*. 2005;39(3):391-7. DOI:10.1590/ S0034-89102005000300009

_____ Atensão domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. *SIICsalud (Buenos Aires)*. 2007;18:1.

_____ Atensão domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):166-76

SUMMERFIELD.D. Afterword: Against 'global mental health'. *Transcultural Psychiatry* 49(3– 4): 519–531, 2012.

TOSTA, Renata Albuquerque et al. A doença crônica e o cuidado informal. In: PINTO, Lorena Faturado et al. Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde. Org. Nelson Filice de Barros. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

VALLA, V. V. GUIMARÃES, M. B, LACERDA, A. **Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares**. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco, 2006.

VIEIRA FILHO, N. G. Da crítica ao “aplicativismo” à pesquisa participante em clínica psicológica. In: **Interações: estudos e pesquisas em psicologia**. Revista Semestral do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Marcos. Vol IV – Nº 7 – Jan/Jun/1999. São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

VIEIRA FILHO, N. G. ; Nobrega J.O. ; Souza J. M. de ; Carvalho F. C. de A. **Visita domiciliar como uma das modalidades de prática do psicólogo na atenção psicossocial em saúde mental**. In: IX Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições. <https://laclife.files.wordpress.com/2009/10/click-na-figura-para-baixar-o-artigo-de-nilson.pdf>. Publicado nos Anais eletrônico, Recife. **Universidade Católica de Pernambuco**, outubro 2009.

VIEIRA FILHO, N. G. (1997) *Prática terapêutica em psicologia clínica: análise do circuito institucional*. (Relatório Bolsa de Pesquisa), Brasília, CNPq. In: VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; TEIXEIRA, V. M. S. *Observação Clínica: Estudo da implicação Psicoafetiva*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 23-29, jan./jun. 2003

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; TEIXEIRA, V. M. S. *Observação Clínica: Estudo da implicação Psicoafetiva*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 23-29, jan./jun. 2003

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes (Org.). **Psicologia da Saúde**/Organizado por Nilson Gomes Vieira Filho - Manaus: EDUA, 2012.

WALLSTON, K. A. Healthy, Wealthy, and weiss: A History of division 38 (health psychology). [History of Division 38 Revision 07/09/1996 Disponível em: <http://www.health-psych.org/PDF/DivHistory.PDF>](http://www.health-psych.org/PDF/DivHistory.PDF), acessado em 23 de Janeiro de 2016.

WILHELM, Peter; PERREZ, Meinrad; PAWLIK, Kurt. **Conducting Research in Daily Life: A Historical Review**. IN: *Research Methods for studying daily life*. New York, US: The Guilford Press, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Geneva: WHO, 1999.

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA**

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO PRIORITÁRIA DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS TIPO II DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Bruna Borges, a qual pretende compreender como se dá a prática de visita domiciliar realizada pela equipe de Estratégia Saúde da Família aos usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 bem como os aspectos psicossociais implicados nessa prática de cuidado. Sua participação se dará de forma voluntária, onde não será oferecido qualquer tipo de gratificação em dinheiro ou em outra espécie pelas informações fornecidas.

Os riscos possíveis a partir da realização desta pesquisa dizem respeito aos riscos das relações humanas e institucionais. Na possibilidade destes virem a se concretizar, o pesquisador responsável compromete-se a acolher as demandas surgidas e trabalhar, com a equipe, para que os melhores encaminhamentos e decisões, pensados de forma coletiva, e compatíveis com os critérios éticos e científicos possam ser adotados. Será garantida a indenização aos participantes da pesquisa em nível de cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural, proporcional ao objetivo geral do projeto.

Se você aceitar participar da pesquisa, contribuirá para reflexão sobre a visita domiciliar como ação prioritária de cuidados aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo II. Para que seja possível a sua participação, solicito sua autorização assinando abaixo, permitindo desta forma, que possamos coletar os dados e usá-los na pesquisa, além de serem publicados e apresentados em congressos, mas com o total sigilo de sua identidade (nome e sobrenome).

Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Bruna Borges: Rua General Rodrigo Otávio, nº 300 (UFAM/Faculdade de Psicologia, mini-campus, bloco X) ou pelos telefones (92) 98235-7306 ou ainda pelos e-mails: brunaborgespsi@gmail.com; ngovi@uol.com.br. Poderá, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Consentimento pós-informação

Eu, _____ fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa e o porquê da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ter nenhum benefício financeiro e que posso sair a qualquer momento da pesquisa sem que isso acarrete em prejuízos. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do Participante

ou



Polegar Direito

Pesquisador Responsável

____/____/____
Manaus, ____ / ____ / ____