



UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

HILLENE FREIRE FREITAS

**O PROCESSO DIALÓGICO ENTRE AGENTES DE SAÚDE E
SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS 2 NA ESTRATÉGIA
SÁUDE DA FAMÍLIA EM MANAUS**

Manaus

2017

HILLENE FREIRE FREITAS

**O PROCESSO DIALÓGICO ENTRE AGENTES DE SAÚDE E
SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS 2 NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MANAUS**

Dissertação 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, área de concentração 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).

| | |
|-------|--|
| F866p | <p>Freitas, Hillene Freire O processo dialógico entre agentes de saúde e sujeitos com diabetes mellitus 2 na Estratégia Saúde da Família em Manaus / Hillene Freire Freitas. 2017 78 f.: 31 cm.</p> <p>Orientador: Nilson Gomes Vieira Filho Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.</p> <p>1. psicologia da saúde. 2. atenção básica. 3. processo dialógico. 4. agente comunitário de saúde. 5. diabetes mellitus tipo 2. I. Vieira Filho, Nilson Gomes II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p> |
|-------|--|

HILLENE FREIRE FREITAS

**O PROCESSO DIALÓGICO ENTRE AGENTES DE SAÚDE E
SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS II NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MANAUS**

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, área de concentração Processos Psicológicos e Saúde.

Aprovada em 11 de maio de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Nilson Gomes Vieira Filho
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dra. Ermelinda do Nascimento Salem José
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Universidade Federal de Santa Catarina

*Ao Rogério, amado esposo,
Aos meus filhos Rogério e Rebecca,
Aos meus pais Freire e Maristela,
pelo amor, carinho, compreensão e orações constantes a meu favor,
dedico mais este ciclo de aprendizado.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, por acreditar e pela compreensão dos muitos momentos em que estive ausente. Isso me ajudou a continuar e concluir.

Aos meus pais, também por eles cheguei até aqui, em muitas ocasiões à custa de grandes renúncias e sacrifícios...

Ao meu orientador, Prof. Dr. Nilson Gomes Vieira Filho, pela disponibilidade em me orientar.

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial a Efthimia Haidos, pelo apoio dado em minha formação e por tornar possível a conclusão deste Mestrado.

Aos meus colegas de turma, pelos momentos vividos em conjunto, em especial às parceiras Bruna, Nayandra e Juliana.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, pela disponibilidade e pelo apoio sempre dispensado.

Aos profissionais da UBSF, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde, por disponibilizarem seu tempo para contribuir com a elaboração deste trabalho, apesar de todas as dificuldades que enfrentaram na área.

A todos que contribuem para fazer uma Saúde Pública de qualidade.

RESUMO

O objeto do estudo foi o processo dialógico na relação de cuidados entre agentes de saúde e sujeitos com diabetes mellitus 2, na atenção básica, estratégia saúde da família. Os pressupostos teóricos da psicologia da saúde, de orientação comunitária, e os conceitos sobre subjetividade, diálogo e mediação nos cuidados à saúde foram fundamentais para a nossa análise. Os objetivos principais foram: investigar os processos de mediação e de diálogo das ACS com sujeitos/usuários com DM2, inseridos no Programa Hiperdia, em uma UBSF, em Manaus; identificar as práticas de cuidados à saúde das ACS no território adstrito de uma UBSF; caracterizar as práticas de cuidados à saúde das ACS no Programa Hiperdia no contexto dessa UBSF. A metodologia qualitativa da Observação Participante, no campo investigativo (UBSF), utilizou o diário de campo e material documental, respeitando as normas éticas em pesquisa. A pesquisadora esteve inserida como observadora participante no cotidiano da UBSF, interagindo com os profissionais da equipe multidisciplinar e usuários da unidade, de uma forma geral. E, mais diretamente, com as agentes comunitárias de saúde e usuários do Programa Hiperdia. Nesta unidade, as cinco agentes comunitárias de saúde eram mulheres. Todas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise do *corpus* foi realizada em coerência com os pressupostos teóricos da psicologia da saúde e da metodologia de campo utilizada. Os resultados mostraram a precariedade e vulnerabilidade da população e moradias do território adstrito da UBSF, onde as ACS atuam no cotidiano. As práticas das ACS são mais voltadas ao trabalho de cuidados preventivos, particularmente, observando os comportamentos e situações de risco de adoecimento e de agravamento do mesmo, atuando como mediadoras entre os usuários e equipe multidisciplinar. No Programa Hiperdia, as ações de mediação das ACS, valorizavam tanto os aspectos subjetivos dos sujeitos/usuários quanto aqueles do controle da glicemia, da prática de exercícios físicos em DM2. Foi individualizado um exemplo de percursos de mediação de cuidados de uma ACS no território, destacando-se uma relação de cuidados em processo dialógico, com disponibilidade e solidariedade em relação aos sujeitos/usuários de DM2. Nas considerações finais, sugere-se o aprofundamento da pesquisa sobre os processos dialógicos subjacentes às relações de cuidados das ACS em sua prática cotidiana.

Palavras-chaves: psicologia da saúde, atenção básica, processo dialógico, agente comunitário de saúde, diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The object of the study was the dialogical process in the care relationship between health care agents and subjects with diabetes mellitus 2, in the primary health care, family health care strategy. The theoretical assumptions of health psychology, community orientation, and concepts about subjectivity, dialogue and mediation in health care were central to our analysis. The main objectives were: to investigate the mediation and dialogue processes of ACS with subjects/users with DM2, inserted in the Hiperdia Program, in a UBSF, in Manaus; To identify the health care practices of ACS in the assigned territory of a UBSF; to characterize the health care practices of the ACS in the Hiperdia Program in the context of this UBSF. The qualitative methodology of the Participating Observation in the field of research (UBSF), used the field diary and documentary material, respecting the ethical norms in research. The researcher was inserted as a participant observer in the daily life of the UBSF, interacting with the professionals of the multidisciplinary team and users of the unit, in a general way. And, more directly, with the community health care agents and users of the Hiperdia Program. In this unit, the five community health care agents were women. All agreed to participate in the research and signed the Informed Consent Term. The analysis of the corpus was performed in coherence with the theoretical assumptions of health psychology and the field methodology used. The results showed the precariousness and vulnerability of the population and dwellings of the affiliated territory of the UBSF, where the ACS work in daily life. The ACS practices are more focused on preventive care work, particularly, observing the behaviors and situations of risk of illness and aggravation of the same, acting as mediators between the users and multidisciplinary team. In the Hiperdia Program, the actions of mediation of the ACS, valued both the subjective aspects of the subjects / users and those of the glycemic control, of the practice of physical exercises in DM2. An example of the care pathways of an ACS in the territory was singled out, highlighting a care relationship in a dialogical process, with availability and solidarity regarding the subjects/users of DM2. In the final considerations, it is suggested the deepening of the research on the dialogic processes underlying the care relationships of the ACS in their daily practice.

Keywords: health psychology, primary health care, dialogic process, community health agent, diabetes mellitus 2.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ABS | Atenção Básica de Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| DRA | Departamento de Redes de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DM 1 | Diabetes Mellitus tipo 01 |
| DM 2 | Diabetes Mellitus tipo 02 |
| ESF | Estratégia saúde da família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IDF | Federação Internacional de Diabetes |
| LAPSA | Laboratório de Psicologia da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNACS | Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde |
| PMF | Programa Médico da Família |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SEMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| SIAB | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBSF | Unidade Básica de Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INSERÇÃO DAS ACS | 16 |
| 2.1 A ATENÇÃO BÁSICA, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS ACS | 16 |
| 2.2 O PROGRAMA HIPERDIA NA ESF E AS ACS | 19 |
| 3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS | 25 |
| 3.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE: DA ORIGEM À PERSPECTIVA COMUNITÁRIA .. | 25 |
| 3.2 COMUNIDADE E PSICOLOGIA DA SAÚDE | 28 |
| 3.3 A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO, PROCESSOS PSICOSSOCIAIS E DM2 | 30 |
| 3.3.1 Estilo de vida, apoio social e acontecimentos significativos de vida | 32 |
| 3.4 SUBJETIVIDADE, DIÁLOGO E MEDIAÇÃO NOS CUIDADOS À SAÚDE | 34 |
| 4 METODOLOGIA | 40 |
| 4.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE | 40 |
| 4.2 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO | 41 |
| 4.3. SUJEITOS PARTICIPANTES | 42 |
| 4.4. RECURSOS PARA COLETA DE MATERIAL DE CAMPO | 43 |
| 4.5 POSIÇÕES DO OBSERVADOR PARTICIPANTE NO CAMPO | 43 |
| 4.6 CUIDADOS ÉTICOS E RISCOS | 45 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 46 |
| 5.1 A PESQUISADORA PARTICIPANTE NO COTIDIANO DO TERRITÓRIO ADSTRITO | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2 AS ACS NA PRÁTICA DE CUIDADOS À SAÚDE NO TERRITÓRIO ADSTRITO | 50 |
| 5.3 AS ACS NA PRÁTICA DE CUIDADOS À SAÚDE NO PROGRAMA HIPERDIA | 55 |
| 5.4. EXEMPLO DA ACS EM SEUS PERCURSOS DE MEDIAÇÃO DE CUIDADOS | 58 |
| 5.5 DISCUSSÃO SOBRE OS PROCESSOS DE MEDIAÇÃO DAS ACS NO TERRITÓRIO | 66 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 70 |
| 7 REFERÊNCIAS | 74 |
| ANEXOS | 78 |

1 INTRODUÇÃO

O delineamento deste estudo e a aproximação da pesquisadora ao território investigado são indissociáveis. O contato com o campo da Atenção Básica em Saúde (ABS) teve início no ano de 2014, como resultado de visitas realizadas a Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) para familiarização com os serviços desenvolvidos por equipes multidisciplinares que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Manaus.

Alguns fatos contribuíram para que o olhar da pesquisadora se voltasse para as ações e serviços ofertados na ABS. Um deles consistiu na experiência como servidora pública municipal, na área da saúde. O outro ancorou-se nas discussões que se deram com o ingresso no Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, e as consequentes vinculações ao Laboratório de Psicologia da Saúde (LAPSA) e ao Grupo de Pesquisa em Diabetes e Cuidados à Saúde na ABS.

Como trabalhadora da saúde, acompanhavam-se diversas demandas que emergiam na rede de cuidados no cotidiano, e que constantemente ficavam sem respostas devido às lacunas do modelo assistencial praticado nos dispositivos da ABS, aliada à cobertura insuficiente deste nível da atenção na cidade de Manaus (implantação de 55,14 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 34%) (BRASIL, 2016). Este cenário fazia refletir sobre as dificuldades relacionadas aos vazios assistenciais, e sobre o que poderia ser feito a fim de ampliar o alcance das ações de cuidado¹ em suas diversas modalidades, como alternativa para que a ABS assegurasse maior resolutividade às demandas da população, considerando as potencialidades sugeridas na concepção e legislação do sistema único de saúde (SUS).

Por sua vez, o ingresso da pesquisadora no Mestrado em 2014 e, a partir de então, os encontros no LAPSA foram palco de debates e reflexões sobre as interlocuções possíveis entre a academia e a saúde pública. À medida que o conhecimento das referências teórico-

¹ Em referência a Leonardo Boff (1999), Batista (2007) esclarece a noção de cuidar “como modo de ser essencial à pessoa humana, que precisa estar presente em tudo, representando não só um instante de atenção, mas uma atitude de ocupação, de envolvimento com o outro. O cuidar, portanto, é relacional, requerendo do profissional um agir ético, atencioso para com o ser humano que está necessitando de cuidados, seja na promoção, prevenção ou recuperação da saúde, desenvolvida principalmente na atenção básica, seja nos cuidados de média e alta complexidade cuja tecnologia se encontra em franca expansão”(p.1-2).

metodológicas foi se ampliando, o interesse da pesquisadora voltou-se à reflexão dos modelos subjacentes às práticas realizadas na assistência. Concomitantemente, como participantes do Grupo de Pesquisa em Diabetes e Cuidados à Saúde na ABS, também emergiram diálogos sobre o compromisso de colaborar para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre diabetes *mellitus*, que constitui um problema de saúde significativo nas sociedades contemporâneas.

Pautados nos motivos expostos, as visitas exploratórias ao campo da ABS ocorreram em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) indicadas pela SEMSA, a fim de que as práticas e os processos relacionais testemunhados naqueles espaços pudessem facilitar a identificação de problemáticas para nortear o desenvolvimento de uma pesquisa com relevância social e científica.

As interações iniciadas naquele espaço contribuíram para a desconstrução de vários significados constitutivos de nossas experiências sobre o cuidado na saúde pública. Do breve convívio com as pessoas que circulavam nas UBSF, emergiram as inquietações mobilizadas pelos aspectos observados nesse momento exploratório no qual o objeto da pesquisa foi se delineando. Chamaram atenção as atividades desenvolvidas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) em seus territórios de ação (microáreas), principalmente, as relações de cuidado em saúde que se estabeleciam no acompanhamento de pessoas com DM2 no Programa Hiperdia.

Foi escolhida uma dentre as três UBSF visitadas para constituir o campo investigativo². No entanto, é importante ressaltar que a experiência de aproximação com as distintas unidades no momento exploratório permitiu aprofundar a compreensão sobre a importância do território como elemento constitutivo das configurações institucionais, dos processos de trabalho em saúde e das teias relacionais de cada estabelecimento visitado. Os territórios que abrigam tais dispositivos dão contorno às suas principais características, em seus aspectos sociodemográficos, culturais, econômicos, políticos, epidemiológicos,

²A escolha da UBSF foi baseada nos critérios apresentados pelo professor orientador desta pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde, a saber: ser referência na qualidade do serviço prestado no tratamento de diabetes *mellitus* tipo 2; ter profissionais com certa estabilidade na unidade de saúde, isto é, com baixa rotatividade na equipe multidisciplinar da unidade; possuir equipe técnica com formação profissional na área de saúde da família; e apresentar experiência significativa com DM2, na ABS, de ao menos cinco anos. Na referida unidade, destaca-se a presença de servidores bastante antigos compondo a equipe desde a inauguração da UBSF, no ano de 2000, quando o Programa Saúde da Família foi implantado no município de Manaus.

organizacionais, dentre outros. Revela-se ainda, como vertente desse processo, a construção do cuidado na sua multiplicidade de formas, absolutamente intrincado no território onde habitam os sujeitos.

O Programa Hiperdia nas unidades de saúde privilegia a abordagem conjunta e integrada da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) a pessoas com diabetes *mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a partir do desenvolvimento de ações que possibilitem um trabalho interdisciplinar, para a recuperação e manutenção da saúde dos sujeitos/usuários (MENDES, 2012). De maneira mais específica, tem o intuito de contribuir para o indivíduo lidar melhor com a sua condição crônica, fortalecer sua percepção de riscos à saúde e ampliar suas habilidades para tentar solucionar os problemas advindos, mantendo sua autonomia e fazendo-se corresponsável pelo seu cuidado. Essas ações deveriam ainda colaborar para o indivíduo conhecer melhor seu problema de saúde e os fatores de risco³ associados, assim como prevenir agravos e seu bom controle metabólico (BRASIL, 2013).

Nessa abordagem, o agente comunitário de saúde (ACS) exerce o importante papel de mediador do cuidado junto aos sujeitos com DM, pois se insere de maneira peculiar nos territórios, e consegue acessar e falar dos determinantes⁴ dos processos de saúde e doença, e estilos de vida, contribuindo para a emergência de sentimentos e sentidos muitas vezes abordados de modo tangencial e fragmentado em outros momentos ou por outros profissionais.

Desta forma, a partir de nossa aproximação com o cenário apresentado acima alguns questionamentos foram se constituindo: de que forma se dão as relações de cuidado dos agentes comunitários de saúde com sujeitos com diabetes *mellitus* tipo 2 na UBSF? Em que medida o processo dialógico é possibilitado nas interações entre agentes de saúde e sujeitos/usuários? Os processos psicossociais estariam contemplados na integralidade do cuidado ofertado a sujeitos que vivenciam a condição crônica da DM2? Que dimensões de

³ A noção de fator de risco à saúde pode ser entendida a partir das circunstâncias e situações vividas pela pessoa (e/ou grupo) e de sua capacidade de perceber e/ou conhecer um risco “anormal” em relação ao seu processo de adoecimento ou de ver-se influenciado negativamente por esse. Em psicologia, o interesse maior é pelos riscos que tem conexão com o comportamento dessa pessoa e seu entorno ambiental e social (MORALES CALATAYUD, 1997).

⁴ Lopez Ramon e Ávalos Garcia (2013, p. 336) entendem que a combinação de diferentes determinantes sociais da saúde (comportamentos e os estilos de vida saudáveis, recursos financeiros, a posição social, a educação, o trabalho, o acesso a serviços sanitários adequados, e o entorno ambiental) criariam condições de vida que teriam um efeito impactante sobre a saúde.

vida estão sendo consideradas no acompanhamento desses sujeitos? O cuidado é ofertado de forma integral? Como essa relação afeta o tratamento?

É oportuno dizer que estudos que relacionam os processos psicossociais à experiência da cronicidade desencadeada pelo diagnóstico de DM 2 estão aqui inseridos no campo da psicologia da saúde, atenta aos estilos de vida, às relações de cuidado, aos acontecimentos significativos de vida, à relação entre isolamento e apoio social ao indivíduo/família e nas respectivas interferências desses aspectos sobre a saúde geral.

A inserção da pesquisadora, como observadora participante no campo investigativo (UBSF), possibilitou sua participação no cotidiano em atividades e posições diversificadas, interagindo com profissionais e usuários, esforçando-se para não se distanciar do contexto, mas se aproximar de todos, tentando não se tornar estranha ao ambiente. Essa experiência propiciou sua imersão na cultura local, tomando o conhecimento *in vivo* do universo simbólico compartilhado por esse grupo. E, ainda, permitiu que ela visualizasse essa prática a partir do ponto de vista do outro. Pela imersão experimentada, a presença da pesquisadora foi ocorrendo de forma menos invasiva e o diálogo se estabeleceu para além da superficialidade. Essa inserção possibilitou o descentramento e distanciamento daquilo que pode ser evidente em um campo investigativo, talvez um dos aprendizados mais difíceis nessa relação.

Essa imersão em um contexto distinto de seu cotidiano profissional fez a pesquisadora refletir sobre sua implicação psicoafetiva com o campo experienciado (VIEIRA FILHO e TEIXEIRA, 2003). Foi importante pensar, continuamente, sobre o seu lugar de profissional ocupado na rede de saúde para fomentar um olhar sobre a prática de cuidados. Essa passagem do lugar de profissional para o de pesquisadora suscitou momentos de reflexões e “distanciamentos”, necessários para a construção de um conhecimento e de um entendimento de seus próprios vieses, preconceitos e projetos. Jovchelovitch (2008) denomina esse processo como nível de reconhecer a pertença.

Para além desse processo de análise do reconhecimento de pertença na implicação, que ocorre de maneira processual, há também conforme aponta Jovchelovitch (2008) outro nível, que diz respeito à natureza da relação com o campo, que pode ser dialógica ou não dialógica. Nessa pesquisa, pretendeu-se uma relação dialógica baseada no ato de escutar o outro e de permitir a expressão possível dessa relação no campo. Essa postura contribuiu para ampliar os conhecimentos relacionados a essa implicação/pertença.

Em todas as etapas da pesquisa, essa implicação com o campo se deu com variações de intensidade e qualidade, que afetaram os propósitos acadêmicos, as aspirações profissionais, angústias pessoais e construções teórico-práticas. Tornou-se tangível o interesse epistêmico, somado a um investimento afetivo nesse campo, à medida que os dramas reais iam se revelando nas observações participantes.

Estar em campo era, sobretudo, compartilhar a experiência do cuidado com os sujeitos que circulavam naquela unidade, mais especificamente com as agentes comunitários de saúde e os usuários com DM2 acompanhados pela equipe da UBSF. Somente nessa relação dialógica que observador e observado poderiam se comprometer e se afetar mutuamente.

Face ao exposto, esta pesquisa teve como principal objetivo investigar os processos de mediação e de diálogo das ACS com sujeitos/usuários com DM2, inseridos no Programa Hiperdia, em uma UBSF, em Manaus. Os objetivos específicos foram: identificar as práticas de cuidados à saúde das ACS no território adstrito de uma UBSF; caracterizar as práticas de cuidados à saúde das ACS no Programa Hiperdia no contexto dessa UBSF. Os pressupostos teóricos da psicologia da saúde, de orientação comunitária, e os conceitos sobre subjetividade, diálogo e mediação nos cuidados à saúde foram fundamentais para a análise.

2 O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INSERÇÃO DAS ACS

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS ACS

A Atenção Básica em Saúde (ABS), compreendida como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), surge como uma estratégia de reestruturação voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MOYSES, 2011).

Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão "Atenção Básica" foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de "Atenção Primária à Saúde".

Considerando que pode haver autonomia nas definições da APS de cada país, é importante salientar uma bastante geral:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DELCARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, a ABS vem sendo organizada na maioria dos municípios segundo um enfoque baseado na saúde familiar, a partir do incentivo financeiro à implantação estratégica dos Programas de Saúde da Família criados pelo Ministério da Saúde em 1994⁵. Tal modelo

⁵O Programa Médico da Família, implantado em 1992 no município de Niterói (RJ), serviu de modelo geral de medicina familiar para vários municípios brasileiros na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994. O MS, quando adotou o PSF como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção, contou com a participação permanente da equipe coordenadora municipal de Niterói, entre outras. Apesar de basear-se no modelo cubano, a proposta do PMF sofre adaptações de ordem organizacional,

de atenção aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde que se tornam referência de cuidados para a população em uma área adstrita. Esta estratégia amplia o acesso, qualifica e reorienta as práticas de saúde embasadas na promoção da saúde.

Cabe à equipe de saúde da família realizar um levantamento de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, através das visitas domiciliares, realizando o cadastramento das famílias da área de abrangência e o seu contínuo acompanhamento, visando planejar ações em saúde de acordo com a necessidade do local (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999). O olhar da equipe focalizado na família amplia as perspectivas de ação sanitária e de relação com a comunidade, tornando o trabalho no território mais complexo pelas especificidades e peculiaridades de cada família.

Além disso, com a proposta da descentralização das ações do PSF, as tomadas de decisões devem ser mais horizontalizadas entre os membros da equipe e usuários, buscando maior participação e corresponsabilização da população através do vínculo e dos laços de compromisso entre profissionais e comunidade, rompendo assim com as posturas mais hierarquizadas normalmente adotadas no paradigma biomédico.

O modelo do programa parte do pressuposto de uma concepção ampla do processo saúde-doença, na qual a determinação social tem grande peso, e prioriza o trabalho multidisciplinar, envolvendo profissionais das diversas áreas. Na equipe, traz a figura dos agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis pela organização programática das ações e a interposição de problemas individuais e coletivos locais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como implantada no município de Manaus, é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição os profissionais de

saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-SB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal⁶.

O número de ACS, segundo MS, deveria ser suficiente para cobertura de 100% da população cadastrada, tendo o número de, 750 pessoas por agente, no máximo, e em média, 12 ACS por equipe, não ultrapassando 4000 pessoas por equipe/território. Para melhor definição dessa quantidade, observa-se, sobretudo, o grau de vulnerabilidade das famílias no território, isto é, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor a quantidade de pessoas que poderiam ser acompanhadas pela ESF (BRASIL, 2012).

A inserção desses profissionais na equipe para o cuidado de base comunitária é oriunda do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), criado em 1991, com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do SUS. A concepção destes agentes remonta ao ano de 1987, no Estado do Ceará, no âmbito da proposta de abertura de “frentes de trabalho” para a população vitimada pela seca.

Posteriormente, o PNACS foi denominado de PACS (ANDRADE, 2013). Entendemos que esse Programa foi construído numa perspectiva de prevenção, no intuito de facilitar o acesso dos usuários e fortalecer a credibilidade da população na prestação de serviços de saúde, do sistema de informação a resolutividade dos cuidados na atenção básica. Nesse sentido, a presença dos agentes de saúde como mediadores foi importante para o elo a unidade básica e o território. E ainda possibilitou a criação das visitas domiciliares, modificando o modelo de atenção anterior.

A presença do ACS no território fundamenta-se no entendimento de que esse profissional, como morador da comunidade e reconhecido como pessoa e profissional, tem um história pessoal vinculada a esse contexto. Enquanto membro da equipe multiprofissional da ESF, pode colaborar de forma singular no trabalho diário, exercendo o papel de mediador entre o saber profissional e o popular, atuando, portanto, como facilitador na aproximação com a comunidade nos cuidados à saúde, e nos diversos programas ofertados pela atenção básica.

⁶Somente a partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal e, mais recentemente ainda, outras profissões passaram a colaborar nas intervenções através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2014).

Dentre as atribuições previstas aos ACS e que se baseiam no trabalho com famílias adstritas em base geográfica definida (microárea), destacam-se: cadastro de pessoas, famílias e residências do território; orientação sobre serviços de saúde disponíveis; atividades programadas e de demanda espontânea; acompanhamento através de visita domiciliar; ações de integração entre equipe de saúde e população adstrita; atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos; ações de vigilância à saúde, através de visitas domiciliares; e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2012).

No que tange às ações de assistência, promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de uma ESF, estas seguem o que é preconizado pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à execução dos programas que estão orientados nos eixos prioritários na atenção básica nos municípios: saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, bolsa-família, saúde do adolescente, planejamento familiar. E, o programa Hiperdia, nosso foco investigativo, é destinado ao cuidado de sujeitos com hipertensão e/ou diabetes *mellitus* (DM).

2.2 O PROGRAMA HIPERDIA NA ESF E AS ACS

Considerando a importância do Programa Hiperdia no contexto da ABS, serão abordadas a seguir algumas questões referentes ao processo de adoecimento e às práticas de cuidado em saúde ofertadas aos sujeitos com DM2.

O Caderno de Atenção Básica do MS (2013), fundamentado na WHO (1999), refere-se ao diabetes mellitus (DM) como um “transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina” (p.19). E acrescenta que esta doença está comumente ligada outras patologias como dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

O DM é também conceituado como uma doença crônica⁷ não transmissível, sendo mais frequente nas sociedades contemporâneas, e uma das cinco principais causas de morte dos países ditos industrializados, além de ser um fenômeno epidemiológico cada vez mais comum nos países em via de desenvolvimento (LOPEZ RAMON e AVALOS GARCIA, 2013). Os mesmos autores chamam a atenção sobre o aumento da prevalência da DM no mundo, relacionando-o a fatores socioculturais, dentre os quais se destacam: a longevidade da população, o sedentarismo e o crescimento do índice de obesidade, entre outros.

A AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2011, p. S12) classifica o DM 2 como resultado de um defeito progressivo de secreção de insulina no conjunto de condições de resistência à mesma. A DM1 resulta de um processo patológico celular que leva à deficiência de insulina. Informa também que existem outros tipos de diabetes, causados por problemas genéticos e outros, inclusive a diabete gestacional, que se manifesta durante a gestação.

O Caderno de Atenção Básica do MS (2013) descreve que os sinais e sintomas característicos do DM são polidipsia (sede excessiva), polifagia (fome aumentada), poliúria (urina aumentada) e a perda inexplicada de peso. No DM1, esses últimos sintomas podem progredir para cetose, acidose metabólica, desidratação, sobretudo, na manifestação de estresse agudo. O DM2 apresenta um começo dito “insidioso” e muitas vezes assintomático. É mais frequente a suspeita dessa doença através de complicações tardias como, por exemplo, retinopatia, proteinúria, a neuropatia periférica, patologia arteriosclerótica, etc.

Segundo o Atlas do Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (2015), estima-se que 415 milhões de pessoas no mundo estariam com diabetes, sendo que 8,8% adultos que estão na faixa etária entre 20-79 anos. Aproximadamente 75% vivem em países considerados de renda média e baixa. O prognóstico para 2040 é de que 642 milhões de pessoas poderá desenvolver diabetes, e o percentual maior será em países que estão evoluindo da renda baixa a renda média. No Brasil, em 2015, a estimativa era de 14,3 milhões de pessoas com diabetes. A perspectiva para 2040 é de 23,3 milhões de pessoas com essa enfermidade.

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde pode verificar que o DM é um problema de saúde de condição crônica possível de ser tratado e acompanhado no âmbito da atenção básica. Compreende, ainda, que as estratégias de cuidado utilizadas neste nível da atenção

⁷As doenças crônicas, segundo a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, “são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”.

podem contribuir na prevenção de hospitalizações e outros agravos, como complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009). Baseado nesse entendimento, no ano de 2001 o MS elaborou o plano de reorganização de atenção ao usuário com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, a fim de proporcionar um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Este plano, conhecido como “Hiperdia” nas unidades de saúde, prioriza a abordagem conjunta da equipe multiprofissional do PSF, numa perspectiva interdisciplinar, com foco na recuperação e manutenção da saúde dos usuários (MENDES, 2002). O desenvolvimento dessas ações integradas tem o intuito de auxiliar no convívio com a cronicidade, ampliar a percepção de situações e comportamentos de riscos à saúde e desenvolver capacidade de enfrentamento e resolução de problemas, de maneira mais autônoma possível e compartilhando a responsabilidade por seu cuidado (BRASIL, 2013).

Como fonte de orientação às equipes para a implementação do programa, há legislações específicas nas quais constam as diretrizes do cuidado, responsabilidades e competências da atenção básica direcionadas a esse público, além de manual específico elaborado pelo MS que dispõe sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, diabetes *mellitus*⁸ (BRASIL, 2013).

A linha de cuidado criada pelo Ministério da Saúde para a pessoa com DM apresenta aos profissionais de saúde algumas orientações com relação ao diagnóstico, evolução e tratamento na atenção básica, que poderão ser realizadas de acordo com as necessidades previstas no cuidado integral e acompanhamento longitudinal do usuário, o que inclui o desenvolvimento de ações que possam influenciar no seu estilo de vida⁹, no controle metabólico e na prevenção de agravos (BRASIL, 2013).

⁸O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em parcerias com diversos colaboradores, desenvolve um conjunto de Cadernos temáticos para difundir a produção de conhecimentos e práticas construídos na Atenção Básica brasileira. São publicações gratuitas que servem como fonte de informação, com a possibilidade de auxiliar na implementação do modelo assistencial de atenção básica.

⁹ Na atenção básica em saúde, observa-se a utilização recorrente do termo “estilo de vida”. Em publicações sociomédica e epidemiológica há reiterada referência a este conceito quando se pretende abordar os comportamentos que uma pessoa desenvolve de forma consistente e contínua em sua vida e que podem ser importantes à medida que podem afetar sua saúde ou contribuir o adoecimento (MORALES CALATAUYD, 1997).

Nesta publicação, para cada profissional que compõe a equipe da ESF existem atribuições definidas no que se refere à assistência a ser ofertada. No caso da participação dos ACS, estes surgem como coadjuvantes no processo de acompanhamento do usuário realizado pelo profissional de enfermagem, que tem como objetivo principal a educação em saúde para o autocuidado.

De acordo com orientações do Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006), algumas ações e condutas devem fazer parte do trabalho dos ACS a fim de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do usuário, tais como:

- Esclarecer à comunidade, por meio de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
- Identificar, na população adstrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, os membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico.
- Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.
- Encorajar uma relação usuário-equipe, com participação ativa do indivíduo e, dentro desse contexto, ajudá-lo a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.
- Estimular que os usuários se organizem em grupos de ajuda mútua como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- Perguntar sobre a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos usuários com diabetes identificados, e encaminhar para consulta extra.
- Verificar o comparecimento dos usuários com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).

Em resumo, o acompanhamento fundamenta-se na recomendação da adoção de hábitos de vida saudáveis, ressaltando a importância fundamental desses para o controle

glicêmico, e para prevenção e controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

No Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009), o cuidado integral à pessoa com diagnóstico de DM e sua família é abordado a partir de duas possibilidades: orientações preventivas direcionadas àqueles que ainda não adoeceram, mas apresentam fatores de risco; e para aqueles que já possuem o diagnóstico, além das ações de caráter preventivo, o trabalho das ACS envolve o acompanhamento através das visitas domiciliares. Destacam-se nessa situação, as orientações para o autocuidado, especialmente com os pés e saúde bucal, e o estímulo à participação dos usuários em grupos de ajuda mútua.

Como ações esperadas dos ACS, a promoção da saúde e da qualidade de vida devem acompanhar as atividades de monitoramento de situações de risco (TOMAZ, 2002). A territorialização torna-se importante na identificação de circunstâncias que podem constituir-se como fatores de risco para a saúde, assim como facilitam o planejamento do trabalho das equipes, principalmente no que se refere à articulação intersetorial do cuidado, tendo em vista a limitada disponibilidade real de recursos existentes no território (MENDES, 1996).

Observa-se que o foco desta linha de cuidado, conforme apresentado no manual citado, parece dar maior ênfase a conhecimentos e práticas baseadas no modelo biomédico¹⁰, estabelecendo atos sanitários normativos e dando ênfase a condutas médicas e laboratoriais, fazendo-se menção incipiente a outras possibilidades de colaboração no cuidado e aos desdobramentos psicossociais da experiência do adoecimento.

Na perspectiva da integralidade, há de se ampliar a capacidade de resposta aos problemas da população incluindo também esses processos psicossociais, contribuindo para a diversificação das ações de cuidados na atenção primária. E na compreensão do processo saúde/doença em DM2, englobaria aspectos subjetivos e emocionais, particularmente, aqueles relativos ao enfrentamento da doença e da aderência terapêutica, indo além dos processos cognitivos.

¹⁰O modelo biomédico tradicional, conforme Engel (1977), foi concebido por cientistas médicos para o estudo da doença. Como modelo científico, envolveu um conjunto compartilhado de hipóteses e regras de conduta com base no método científico e constituiu um modelo para a pesquisa. 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.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge como uma estratégia possível frente a essa necessidade e pode contribuir nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira diz respeito à ação direta com os usuários; a segunda tem um caráter de apoio educativo junto às equipes da ESF. Nas duas dimensões, o NASF tem o importante papel de colaborar com as equipes na construção de um cuidado longitudinal, contínuo, integral e mais próximo dos usuários (BRASIL, 2014).

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

3.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE: DA ORIGEM À PERSPECTIVA COMUNITÁRIA

O campo da psicologia da saúde compreendido por Morales Calatayud (1997) como ramo aplicado da ciência psicológica parece evidenciar um caráter praxiológico desta área, que vai ao encontro dos objetivos deste estudo. Para melhor entendimento de como esse campo da Psicologia pode contribuir com os cuidados da saúde na atenção básica, torna-se importante descrever o contexto de seu desenvolvimento e caracterizar sua natureza interdisciplinar.

Como tantos outros modos de fazer e pensar em psicologia, a psicologia da saúde não surgiu a partir do desenvolvimento de um plano científico básico nem a partir de um descobrimento particular. Sua origem é o resultado da evolução da prática e está marcada pelas mudanças produzidas nas demandas dos serviços de saúde direcionadas aos psicólogos, em consequência às mudanças ocorridas nos problemas que esses serviços, sobretudo aqueles de caráter comunitário, viam-se na necessidade de atender (MORALES CALATAYUD, 1997).

O referido autor afirma que para ser justo com a história, deve-se situar a aparição e desenvolvimento da psicologia da saúde na América Latina, precisamente em Cuba, ao final dos anos 60.

Argumenta que, no início dessa década, o momento social e político de Cuba mobilizava a emergência dos debates críticos sobre a resolutividade do sistema de saúde daquele país, cuja atenção se traduzia de forma inerte quanto às reais necessidades da população em relação à saúde e suas condições de vida. O contexto histórico do momento também trouxe à discussão as controvérsias do paradigma biomédico hegemônico, criando um terreno fértil ao desenvolvimento de um campo de práticas baseado em um novo modelo: o biopsicossocial.

Esse referencial biopsicossociológico possibilitava a identificação e inclusão de aspectos psicossociais e culturais para compreensão dos problemas de saúde, considerando a influência das situações de vida na saúde, destacando inclusive a relação médico-paciente em uma comunicação de diálogo. Tais fatores passaram a ser reconhecidos como desencadeantes,

facilitadores ou mantenedores dos processos de saúde e doença (GRAU ABALO e MELÉNDEZ, 2005; GRAU ABALO, INFANTE PEDREIRA e DIAZ GONZALEZ, 2012).

Desta forma, foi salutar, em Cuba, a contribuição da psicologia principalmente para o desenvolvimento de um sistema de saúde público. Como ciência e profissão, a psicologia vinculou-se a outras especialidades em saúde, indo além dos consultórios – normalmente frequentados por uma classe mais elitizada – e da saúde mental – que, até aquele momento, era considerada como principal possibilidade de colaboração da psicologia na área da saúde. Pôde, então, redirecionar sua perspectiva e contribuir com os outros níveis de atenção do sistema de saúde, dentre os quais, citamos, o trabalho interdisciplinar nas policlínicas comunitárias, situadas nos anos de 1960 e 1970 na atenção primária daquele país (GRAU ABALO e MELÉNDEZ, 2005; GRAU ABALO, INFANTE PEDREIRA e DIAZ GONZALEZ, 2012).

Naquele período, com a inserção do psicólogo em diferentes espaços no contexto saúde pública em Cuba, surge um “novo” profissional, que não podia prescindir de uma atuação interdisciplinar e articulada com as ciências sociais, fisiológicas e médicas, a fim de produzir um conhecimento que dialogasse com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença em toda sua complexidade, assim como para contribuir para o sistema de saúde, concorrendo para elevar os níveis de saúde e bem-estar da população (LOURO BERNAL, 2009).

Como parte de um processo global da sociedade cubana, e numa tensão entre teoria e prática, novas formulações de bases teórico-metodológicas ajudaram a fomentar uma psicologia da saúde voltada para o campo da saúde pública, capaz de contribuir para que o cuidado se desse de forma integral e, portanto, levando em conta as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos sujeitos (LOURO BERNAL, 2009).

O resultado desse processo de construção progressiva do saber psicológico, que acontecia além dos tradicionais espaços acadêmicos - mas que era afetado por suas contribuições – e se baseava principalmente na prática do exercício profissional, foi o desenvolvimento da psicologia da saúde como o ramo da psicologia voltado ao

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 proposta da psicologia no campo vasto da saúde amplia a concepção de saúde e o panorama epidemiológico. Pretende explicar as interações do organismo, o ambiente e uma série de fenômenos psicológicos que subjazem ao processo saúde-doença. Nessa perspectiva inclusiva de outros componentes psicológicos e sociais, propicia a interdisciplinaridade para o desenvolvimento das ações de saúde visando ao cuidado integral do sujeito através da atenção, prevenção de doenças e promoção da saúde.

A promoção da saúde é compreendida como um conjunto de ações com a finalidade de contribuir para o bem-estar psíquico, físico e social da população. Em sua interlocução com a psicologia, implica a elaboração e utilização de estratégias de comunicação, a elaboração de processos e técnicas de trabalho adequadas ao contexto comunitário, incluindo a concordância consensual de seus membros (MORALES CALATAYUD, 2011b).

A prevenção das doenças e agravos à saúde está relacionada à identificação precoce situações e comportamentos de risco, incluindo fatores psicológicos individuais (subjetivos, cognitivos, emocionais) e coletivos, que podem afetar aos membros da comunidade. Morales Calatayud (2011b, p. 204) enfatiza que “o desenho das intervenções para limitar ou reduzir estes riscos deve ser adequado às características e necessidade das pessoas para quem se dirigem, como estratégia de comunicação apropriada, motivação para a participação e avaliação do impacto”.

Neste sentido, compreende-se que a psicologia da saúde agrega o olhar sobre os processos psicológicos que concernem à experiência do adoecimento. Quando esses elementos constitutivos do processo experiencial permanecem não trabalhados de forma adequada, pode haver repercussão na forma que os sujeitos encontram para lidar com as próprias fragilidades, colaborando para o aumento da incidência de inúmeras doenças, ou mesmo para a cronificação dos estados de adoecimento. Considerar aspectos psicológicos relacionados ao adoecimento é imprescindível para que o sujeito possa ter uma atenção adequada e mais resolutiva para os cuidados à saúde numa perspectiva de integralidade.

Outra concepção da psicologia da saúde, diferente desta visão comunitária e integrativa em saúde pública, porém bastante utilizada por profissionais interessados na área é

a norte-americana. Conforme declarado pela APA (Associação Americana de Psicologia) na década de 80, psicologia da saúde

é o agregado das 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, p. 808).

Posteriormente essa definição foi ampliada pelo acréscimo da frase “... e para a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e formação política de saúde” (WALLSTON, 1996).

Do exposto, percebe-se nessa concepção uma objetificação da saúde como algo a ser alcançado e mantido, a partir da psicologia enquanto ciência e profissão aplicada ao indivíduo. Busca-se inclusive a identificação de componentes biomédicos da doença, sem destacar a subjetividade que atravessa o adoecimento enquanto processo experiencial.

Morales Calatayud (1997) complexifica essa definição destacando quatro aspectos importantes: 1) relaciona a psicologia da saúde com as contribuições da prática dos psicólogos no âmbito da saúde; 2) a saúde deve ser entendida em uma perspectiva ampla, num *continuum* saúde e doença, saúde mental e física, diagnósticos e transtornos específicos, incluindo os sentidos de bem-estar e mal-estar; 3) esse campo deve abranger a construção de teorias e pesquisas, além da aplicação prática dessas investigações, e; 4) é de interesse do psicólogo da saúde conhecer os impactos no sistema social advindo da saúde, seja no plano individual ou coletivo, assim como o inverso.

3.2 COMUNIDADE E PSICOLOGIA DA SAÚDE

Comunidade é um conceito amplo que abrange situações heterogêneas, mas que, ao mesmo tempo, apoia-se em fundamentos psicossociais, afetivos, emotivos e tradicionais. O termo comunidade pode ser assim definido em português:

Qualquer grupo social cujos membros habitam uma região determinada, tem um mesmo governo e estão irmanados por uma herança cultural e histórica. Qualquer conjunto populacional considerado como um todo, em virtude de aspectos geográficos, econômicos e/ou culturas comuns (FERREIRA, 2009, p. 513).

Jovchelovitch (2003) amplia a compreensão ao conceber a comunidade como “um espaço intermediário que nos oferece os recursos simbólicos e materiais para a vivência da dialética entre o sujeito singular e o mundo social” (p. 72).

A comunidade, como espaço territorial e simbólico de um cotidiano no qual as pessoas e os serviços de saúde se encontram, caracteriza-se por uma população específica, que compartilha, no tempo e no espaço, problemas de saúde com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

Neste sentido, o conceito de território, quando utilizado na saúde pública em uma perspectiva complexa, remete à ideia de comunidade, à medida que aquele termo reúne múltiplas e diferenciadas possibilidades de abordagem, de acordo com a apropriação de cada área de conhecimento. Na antropologia, por exemplo, o conceito de território enfoca a dimensão simbólica; a perspectiva sociológica apropria-se do conceito de território a partir de sua intervenção nas relações sociais; e finalmente, a psicologia, incorpora tal concepção no debate sobre a construção de espaços intersubjetivos importantes para a construção da identidade do Eu (JOVCHELOVITCH, 2008).

E também pode ser compreendida como principal campo de produção de novas formas de conhecimento, imaginação e mobilização de seus integrantes. Neste sentido, torna-se um espaço facilitador dos processos de promoção de saúde (JOVCHELOVITCH, 2008).

Atualmente, o ambiente comunitário vem sendo concebido como espaço propício para a avaliação das mudanças, tendências no estado de saúde da população e identificação dos fatores que podem estar influenciando tais mudanças (MORALES CALATAYUD, 2011a). Por essa condição, também se torna espaço ideal para a ABS, conforme já mencionado neste trabalho, ao se comentar sobre as práticas de territorialização do SUS que vem se dando nesse contexto.

A psicologia da saúde, na perspectiva comunitária, pode desempenhar um papel importante, facilitando a participação dos membros de uma comunidade e a adequação dos serviços às necessidades e problemas que se dão no cotidiano¹¹. Isso se torna possível à

¹¹ Há várias experiências da psicologia da saúde presente nos cuidados à saúde na comunidade. Destacamos aqui a perspectiva de pesquisadores do Reino Unido, pela ênfase ao espaço comunitário, reconhecendo-o como importante espaço de reflexão e ação. Campbell e Cornish (2014) referem-se à Community Health Psychology (CHP), como um corpo teórico e prático, que foca nos processos de ações coletivas a fim de que as comunidades

medida que o trabalho realizado na comunidade dê ressonância ao que é definido na coletividade e de forma consensual, no intuito de alcançar as pessoas e os grupos mais necessitados.

Morales Calatayud (2011b), em seu trabalho com a comunidade, compreende que

[...] não se pode continuar trabalhando sobre as pessoas, mas há que se trabalhar com elas, que são seres ativos, que as pessoas vivem em grupos e em comunidades e que os problemas da saúde estão inseridos no conjunto de seus problemas, que não é possível separar o desenvolvimento de habilidades e competências pessoais para o cuidado da saúde das condições histórico-concretas, nas quais transcorre a vida dessas pessoas, que é seu âmbito de vida, que os ambientes saudáveis são essencialmente ambientes humanos nos quais os componentes físicos, químicos e biológicos adquirem sentido a partir de uma mediação pessoal e grupal e que a boa comunicação é um recurso necessário para contribuir para o melhoramento da saúde de grupos e comunidades humanas (p. 21).

Nesse sentido, o trabalho em saúde com no contexto comunitário precisa se desenvolver de forma participativa, reconhecendo o processo saúde-doença como multicausal e o protagonismo do ser humano nesse processo, de modo que os ambientes saudáveis, assim como o fortalecimento da capacidade da pessoa para usufruir da saúde, constituam-se como os principais elementos dessa estratégia.

3.3 A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO, PROCESSOS PSICOSSOCIAIS E DM2

Dentre as distintas interpretações e variados debates sobre os processos psicossociais relacionados à DM2, pretendeu-se abordar a experiência do adoecimento como um processo complexo, em que se reflita para além das explicações causais universais da origem das doenças ora pautadas no paradigma biomédico, ora voltada unicamente para os aspectos do comportamento.

Ao criticar fortemente a adoção de um modelo fragmentado, Morales Calatayud (1997) realça que

reconheçam os impactos das relações sociais opressivas ao bem-estar e se engajem em lutas sociais para criar ambientes facilitadores de saúde.

tais tentativas de entender os determinantes do processo saúde-doença demonstram não compreender a complexidade dessa determinação, nem consideram os aspectos do comportamento como um produto da história influenciando os indivíduos que atuam nas mais diversas situações particulares e, por isso mesmo, obtendo significados também particulares (p. 86).

O adoecimento de DM2 enquanto experiência¹² existencial humana e complexa excede a compreensão biológica e implica cuidados à saúde que pressupõem além de um conhecimento clínico associado à dimensão técnica e política (saúde pública), a capacidade e disponibilidade do profissional na implicação com o Outro, indivíduo ou grupos populacionais, inseridos em seus territórios de ação. Neste sentido, compreende-se a vivência da DM2 como experiência que ocorre em uma sociedade e em uma cultura, portanto, tem um caráter histórico e social.

Destaca-se uma concepção mais ampla sobre DM2 que considera componentes psicológicos e sociais para a compreensão do processo saúde-doença e sugere a existência de dimensões interatuantes que influenciam no tratamento da enfermidade, relacionadas a fatores sociais, demográficos e econômicos; à doença; ao tratamento em si e; ao sistema de saúde e à equipe de assistência sanitária (LÓPEZ RAMÓN e ÁVALOS GARCÍA, 2013).

Dentre os fatores socioeconômicos e demográficos, esses autores citam a pobreza, o analfabetismo, o desemprego e a distância dos centros de atenção sanitária.

Os fatores relacionados à doença referem-se à sua natureza e exigências particulares. As enfermidades agudas com sintomas de dor e incômodo, por exemplo, produzem maior nível de cumprimento da prescrição, enquanto que as doenças crônicas e principalmente aquelas que tem caráter assintomático, são mais difíceis de seguir as recomendações como modificações de estilos de vida e mudanças de comportamento.

Na dimensão do tratamento em si, inclui-se o nível de modificações de comportamento exigido, como as mudanças nos hábitos e estilo de vida e a forma de consumo da medicação. Além disso, é importante destacar a presença de efeitos colaterais secundários indesejáveis.

¹² Importante destacar a noção de experiência no processo de adoecimento do sujeito. Considerá-la permite delimitar as dimensões subjetivas de uma situação, de um acontecimento, de uma sensação, de uma vivência, etc. Ao mesmo tempo em que circunscreve uma realidade vivida, seja individual ou coletiva, ela evoca uma significação concreta e pessoal (SÉVIGNY, 2005).

Com relação ao sistema de assistência sanitária, são considerados a qualidade dos serviços de saúde, os sistemas de distribuição de medicamento, o conhecimento e treinamento da equipe de saúde assim como a existência de incentivos aos profissionais. Sobre a organização dos serviços, são citadas as formas de acesso às unidades assistenciais, a presença de médico na equipe e as mudanças reiteradas dos profissionais da assistência. A influência da relação com a equipe da assistência em saúde e os recursos comunicativos mobilizados entre usuários e familiares com os profissionais de saúde também integram este fator, desde o início do tratamento e durante todo o acompanhamento (GRAU ÁBALO, MARTÍN ALFONSO e ESPINOSA BRITO, 2014).

Dentre os componentes psicossociais que nos ajudam a compreender e intervir na experiência do adoecimento de DM2, e que serão abordados com mais detalhe, estão os constructos relacionados ao estilo de vida da pessoa, a existência ou não de apoio social e os eventos importantes reconhecidos como acontecimentos significativos de vida do sujeito.

3.3.1 Estilo de vida, apoio social e acontecimentos significativos de vida

A literatura que trata dos cuidados à saúde faz referência de forma recorrente à concepção de "estilo de vida". Este conceito tem sido relacionado a um conjunto de “comportamentos individuais específicos adotados de forma consistente e mantido em suas vidas diárias, relevantes para a manutenção da saúde ou para prevenção ao risco do adoecimento” (MORALES CALATAYUD, 1997, p. 121).

O referido autor ressalta algumas implicações quanto ao uso do termo “estilo de vida” de uma forma descontextualizada e sem problematizá-la, a partir das contribuições de Corell, Levine e Jaco (1985). Segundo esses autores, a aceção de forma simplista pode sugerir a ideia de que pessoas tem livre escolha sobre seus comportamentos, o que incluiria a mudança de hábitos como resultado da vontade e necessidade do sujeito. Nessa perspectiva, tratamos o indivíduo como dissociado de seu contexto histórico-social, e atribuímos a responsabilidade da mudança unicamente ao indivíduo, ignorando as influências do macrossistema. No entanto, em alguns ambientes, certos comportamentos não saudáveis são inevitáveis. Para a psicologia da saúde torna-se muito importante conhecer e compreender estes fatos, inclusive focalizando na relação entre o ambiente e sujeito, e buscando formas

para prevenir a adoção daqueles que podem ter um efeito negativo sobre a saúde (MORALES CALATAUYD, 1997).

Para esse autor, considerar os comportamentos como elementos isolados de seu contexto induz à formulação de programas de promoção de saúde pautados na modificação de comportamentos específicos, sem considerar o complexo total dentro do qual estes elementos são somente uma parte.

Outro componente importante que interfere no processo de adoecimento diz respeito à existência ou ausência de apoio social ao usuário. Já desde os finais da década de 70 tem-se reiterado a compreensão de que as pessoas que vivem isoladas ou dispõem de poucos contatos sociais tem mais risco de adoecer ou de agravar. A importância do apoio social baseia-se na ideia de que os laços com familiares, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, profissionais de saúde, etc., podem ser fonte de afeto, de recursos e ajudas práticas e podem exercer uma função de amortização frente às tensões naturais da vida e diante de eventos importantes, como acontecimentos significativos de vida (GRAU ÁBALO, MARTÍN ALFONSO e ESPINOSA BRITO, 2014).

Destaca-se a influência destes acontecimentos significativos de vida, desejados ou não, que ocorrem na vida dos sujeitos exercendo impacto em termos de vivências subjetivas ou que podem introduzir modificações nos hábitos, requerendo um esforço emocional para que essas mudanças ocorram (DIAZ e MORALES, 1990).

Conforme os autores, há trabalhos que apoiam a ideia de que determinados eventos podem atuar “facilitando” estados de adoecimento ou agravá-los, visto que podem atuar como condicionantes para que respostas neuroendócrinas sejam ativadas, causando, por exemplo, aumento nos níveis de pressão arterial, modificações no metabolismo ou no sistema imunológico, e alterações psicológicas, como por exemplo, depressão e ansiedade.

Díaz e Morales (1990) referem, ainda, que certos acontecimentos (como a morte de um familiar significativo, o divórcio, mudança de emprego ou domicílio, etc.) podem ser encontrados na história de pessoas acometidas de alguma doença, ou em condições crônicas de adoecimento, que sofrem um acidente, desenvolvem ou mantem algum hábito prejudicial à saúde ou mesmo cometem suicídio. No entanto, não há como se fazer uma relação linear entre esses acontecimentos e o adoecimento ou agravamento, já que existem outros processos mediadores.

3.4 SUBJETIVIDADE, DIÁLOGO E MEDIAÇÃO NOS CUIDADOS À SAÚDE

O termo diálogo remete ao processo que acontece em uma relação horizontalizada e que abre espaço para a manifestação de subjetividades. Como lugar de uma escuta reflexiva da fala do outro, dá lugar à subjetividade, à medida que possibilita a expressão de saberes, experiências, emoções, sentimentos e ressentimentos entre interlocutores. Trata-se de um momento que suporta, tanto no conteúdo implícito quanto explícito suscitado na relação, a síntese (semelhanças), o contraditório (diversidade), ou mesmo o silêncio do(s) sujeito(s). Nessa relação torna-se possível a cooperação entre atores que convergem ou divergem, sem precisar recorrer à imposição de uma visão de mundo sobre outra (VIEIRA FILHO, 2003).

Nesse sentido, a dialogicidade, como uma atitude básica importante na relação de cuidados à saúde, é antagonista a qualquer verticalização ou autoritarismo no fluxo interativo, e pressupõe a disponibilidade subjetiva dos profissionais na atenção ofertada, nos diversos espaços, formais ou não, como também um investimento em ações que reverberem a solidariedade humana em direção à pessoa que vivencia o adoecimento-sofrimento (VIEIRA FILHO, 2003).

Para ampliar o entendimento da dialogicidade nesse contexto, será feito um paralelo com as contribuições de Freire, com relação ao significado dos conceitos de comunicação em “extensão”, em oposição ao de comunicação enquanto “diálogo”. Ressalta-se que a posição extensionista na relação implica em problemas de comunicação entre pessoas de diferentes saberes, pertencentes a diferentes realidades (FREIRE, 1977).

Pela análise do campo semântico da palavra “extensão”, Freire (1977) demonstra que, no próprio significado da palavra, encontra-se a ideia de transferir algo de um para outro, como, por exemplo, de estender um conhecimento para outras pessoas. O termo “extensão”, em oposição à comunicação, acomoda o “não-dialógico”, revelando-se na tentativa unilateral de substituir um conhecimento por outro, anulando, simultaneamente, mundos pessoais, sociais e culturais (JOVCHELOVITCH, 2008).

Segundo a referida autora, a característica central dos encontros que tendem ao “não-dialógico” é a falta de reconhecimento mútuo e a dominação que isto pode acarretar. Subjaz a estes encontros a negação da dos saberes de outros e a crença de que há uma forma melhor ou superior de conhecer e que prevalece sobre todas as outras (JOVCHELOVITCH, 2008).

No contexto intersubjetivo desses encontros, as assimetrias no *status* e na valoração dos conhecimentos se tornam dominantes e impedem a inclusão de saberes divergentes. Nessa perspectiva, o objetivo concentra-se em convencer, impor sobre o Outro o olhar do Eu (invasão cultural¹³). Destaca-se que o "não-dialógico" consiste mais na vontade de impor, do que na incapacidade de entender o Outro (JOVCHELOVITCH, 2008).

A reflexão sobre as relações no âmbito da saúde pode revelar os modelos comunicacionais transversais às ações interativas entre profissionais de saúde e usuários do sistema público. Se uma saber prevalece sobre o outro, surge nessa relação papéis definidos e hierarquizados para os distintos sujeitos e seus saberes: de um lado o especialista, detentor de um conhecimento de maior valor, e de outro, a pessoa leiga, que precisa ter acesso a um outro saber, de maior legitimidade, para recuperar e manter sua saúde. A relação que se constrói nessa perspectiva dificilmente comporta reciprocidade, e pode levar à hierarquização de conhecimentos e anular sentidos construídos pelo usuário acerca do processo saúde-doença-sofrimento.

Por outro lado, a comunicação em "diálogo" pode se realizar no processo relacional entre pessoas distintas, portadoras de diferentes saberes, que se reconhecem mutuamente. A dialogicidade possibilita a construção de encontros participativos, resguardando-se o lugar de atores legítimos do processo a todos os envolvidos. Tem a ver com reconhecer a perspectiva do Outro e estar disponível para se colocar no papel do Outro. É um processo que reconhece as diferenças, ao mesmo tempo em que conecta. Produz conhecimento e entendimentos através de um movimento criativo de atos dialógicos (JOVCHELOVITCH, 2008).

Do exposto, entende-se que nas relações de cuidado à saúde, possibilitar encontros em que se dê a comunicação dialógica pressupõe criar espaços para a compreensão da experiência no processo saúde-doença-sofrimento.

A característica central das relações de cuidados à saúde em que se prepondera o processo dialógico é o compromisso de se levar em consideração a perspectiva do Outro, e reconhecê-la como legítima. O princípio dialógico subjaz às estratégias interacionais,

¹³ Freire (1977) faz uma crítica ao conceito de extensão como "invasão cultural", considerando-a uma das principais características da ação não-dialógica. Nessa concepção, o "sujeito que invade" considera que seu espaço histórico-cultural precisa sobreposicionar o sistema de valores de outros sujeitos.

colaborando para a existência de confrontos e alianças possíveis de ocorrer e se desenvolver no decurso do encontro, sem anular as possibilidades do diálogo.

Importante pontuar a necessidade de se entender a comunicação “em diálogo” não como a aplicação de uma técnica para se atingir resultados, nem como uma tática para fins de aproximação e persuasão àqueles que se pretende atingir. A comunicação em “diálogo” é o resultado de uma atitude em relação ao outro, de forma crítica, criativa e inclusiva (FREIRE e SHOR, 2011).

No contexto da saúde é possível perceber profissionais e usuários se esforçando diante do desafio de levarem-se mutuamente em conta, a partir da compreensão recíproca sobre a posição, a perspectiva e a contribuição potencial que cada um pode trazer a uma situação específica. Dessa relação, poderiam surgir novos conhecimentos sobre os cuidados à saúde construídos de forma compartilhada entre os sujeitos envolvidos, numa participação simétrica, (JOVCHELOVITCH, 2008).

Com base na autora, o quadro abaixo tenta ilustrar, didaticamente, a relação em diálogo e a relação de não-diálogo, entendendo que não se trata de uma dicotomia verificada na prática, mas de um processo relacional e dinâmico no cotidiano e na história de vida da pessoa.

| Relação em diálogo | Relação de não-diálogo |
|--|---|
| Comunicação horizontalizada entre sujeitos. | Transmissão verticalizada do saber profissional ao saber popular. |
| Coexistência entre saberes e inclusão do saber popular na prática de cuidados. | Superioridade do profissional sobre o saber popular. |
| Reciprocidade entre interlocutores. | Crença na superioridade de um sobre o outro |
| Posturas básicas: solidariedade, humildade, colaboração, crítica, simétrica. | Posturas básicas: desconfiança, arrogância, imposição, acrítica, assimétrica. |

As posições horizontalizadas e verticalizadas no processo relacional tem a intenção de indicar como essas relações se dão concretamente nas relações de cuidados, no encontro de diferentes sujeitos, e precisam ser compreendidas enquanto um processo. Isto quer dizer que não há situações comunicativas em diálogos estabelecidas *a priori* (JOVCHELOVITCH, 2008).

A relação dialógica se dá num trabalho árduo envolvido em processos de comunicação horizontalizada e os encontros se tornam dialógicos durante o desenvolvimento gradativo de relações em que os interlocutores enfrentam e tentam lidar com as dificuldades da relação e, concomitantemente, tomam consciência dos benefícios recíprocos em aceitar a perspectiva do outro. Neste tipo de encontro de saberes, as transformações operadas pela comunicação dialógica produzem coexistência e inclusão social de diferentes saberes (JOVCHELOVITCH, 2008).

No campo da saúde, a possibilidade de se trabalhar numa perspectiva interacional dialógica na ABS, por exemplo, inclui a tentativa de chamar a atenção para o reconhecimento de diferentes perspectivas e saberes em saúde, que comportam códigos culturais, identidades e práticas de um território, e para o fato de que a construção atual sobre saúde e doença já é uma validação das relações sociais das pessoas envolvidas na comunicação, possibilitada pelo reconhecimento da coexistência e inclusão social de diferentes saberes e tradições.

Além do mais, a reciprocidade que se estabelece nessa relação tende a possibilitar uma via de mão dupla aos sujeitos envolvidos no que se refere ao aprendizado de conhecimentos e saberes proporcionados pela experiência da vida cotidiana nos territórios de ação. Este conhecimento, produzido a partir de atos criativos de sujeitos histórico-concretos, pode sintetizar a verdadeira experiência do processo dialógico, pois para que possa ser de fato construído, necessita rejeitar saberes estagnados e hierarquizados, manter um compromisso profundo com a ideia de que todas as pessoas podem contribuir, e uma aceitação da incompletude e limitações do próprio conhecimento.

Neste sentido, o cuidado seria possível numa atitude básica voltada ao diálogo. Numa perspectiva contrária, sobrepõe-se dominação e controle no contexto sanitário. Vieira Filho (2012) destaca a distinção entre *cuidar* e *controlar*:

Cuidar informa sobre uma concepção de sujeito-social, reconhecido, em atividade, interativo em relação às exigências do meio ambiente (sociocultural/ecológico) e na busca da satisfação de suas necessidades básicas. *Cuidar* remete à ponderação, ao atentar para, ao reflexionar/administrar sobre e com o sujeito/objeto da pesquisa ou da intervenção, construindo com ele os percursos das ações de saúde. *Controlar* apela para uma concepção de sujeito que se submete ou é submetido, a se adaptar ou se amoldar às exigências ou influências do meio ambiente e da intervenção proposta para ele. *Controlar* indica exercer autoridade sobre alguém ou algo numa relação de dominação nas ações de saúde nas quais o sujeito segue ou é seguido (p. 15).

Cuidar e controlar implicam, assim, em posturas opostas em relação ao Outro. Na perspectiva do cuidado, o homem é visto como sujeito ativo inserido em uma realidade histórico-concreta. Essencialmente, não se trata somente de um instante de atenção, mas uma atitude de contemplação e ocupação, de envolvimento com o outro. Controlar inibe a possibilidade do diálogo, à medida que se dá em uma relação desigual.

Assim, nas dimensões relacionais possíveis nos atos de cuidado praticados pelos sujeitos envolvidos na assistência em saúde, compreende-se que não se trata de um ato de posse exclusiva de um profissional, desenvolvido numa ação interventiva em sentido único. Nesta perspectiva, o agente especializado concederia/estenderia seu conhecimento em saúde a um sujeito num gesto de benevolência ou mesmo de superioridade, “ensinando” de maneira prescritiva noções de autocuidado, dificultando ou bloqueando a capacidade crítica de pensar e agir sobre o assunto.

Na dimensão dialógica da relação, o cuidado media os sujeitos cognoscitivos. É em torno dele que os interlocutores, numa tensão entre reflexão e ação, compartilham e constroem novos conhecimentos e reaprendem sobre si mesmos. Claro que o especialista¹⁴ possui um conhecimento prévio distinto sobre saúde e doença, porém, isto não anula os saberes e sentidos já construídos pelo usuário do sistema sobre o mesmo tema, nem diminui sua relevância e pertinência. Pelo contrário, cuidar implica conhecer a visão de mundo do Outro em sua totalidade, compreendido em suas relações com o mundo, de vez que é um “ser-em-situação”. Sendo assim, não há como dicotomizar o sujeito de seu território, de seu universo simbólico, pois que não existe um homem sem a sua historicidade.

Presumir que encontros dialógicos possam ocorrer no âmbito da saúde compreende que haja espaços e oportunidades para a manifestação subjetiva e compreensão da experiência existencial e de saúde, possível iniciando-se pela suspensão de interpretações e julgamentos apriorísticos sobre a relação, que podem enquadrar e aprisionar o sujeito na condição passiva e acrítica de mero expectador das ações especializadas, recebendo e adaptando-se às intervenções previstas em protocolos e propostas para ele, numa relação de autoridade.

No cuidado em saúde, o processo dialógico nas relações implica em trocas comunicativas e torna possível conhecer, de forma mais profunda, as experiências vividas e os sentidos que os sujeitos atribuem às suas vivências e que se relacionam com seu modo de existir. Esse processo pode favorecer mediações (Martino, 2014, p. 185) entre a linguagem popular e a linguagem biomédica e psicológica.

4 METODOLOGIA

4.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante é definida como um método no qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social – o campo –, tanto quanto possível, com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2013).

Com a experiência direta que se dá pela presença no campo, surge a possibilidade de se olhar os sujeitos em suas diversas relações e papéis, e de se colocar no lugar de seus interlocutores, na medida em que o pesquisador pode se aproximar muito mais da perspectiva do outro enquanto o cotidiano é vivenciado. A imersão que se experimenta a partir da observação participante torna o pesquisador menos estranho, fazendo com que sua presença ocorra de forma menos invasiva, e o diálogo possa se estabelecer para além da superficialidade (THIOLLENT, 1992).

A qualidade do diálogo dependerá não somente desta presença constante do pesquisador, mas da posição assumida no contexto da investigação, que poderá transformar os contornos de uma relação tradicional de sujeito-objeto entre investigador e os grupos populares para uma relação do tipo sujeito-sujeito, reforçando a compreensão de que a fonte original de todo saber está em todas as pessoas e em todas as culturas, e que é do encontro entre os diferentes conhecimentos que uma forma partilhável de compreensão da realidade social pode ser construída através do exercício da pesquisa.

Vieira Filho (1999) faz uso do termo observação participante indicando que em função do posicionamento do pesquisador e, conseqüentemente, dos participantes, a compreensão da pesquisa sugere diversos possíveis recortes mediados por tal movimentação. Como parte de uma dinâmica comprometida com as instituições e com a dimensão afetiva que aflora da relação, o desejo do pesquisador que se propõe a esta incursão é de que todos os sujeitos também se vejam envolvidos e, através da cooperação mútua, almejem mudanças.

A observação participante supõe possibilidade da variação de posições que o pesquisador desempenha dentro do grupo pesquisado, devendo ser perspicaz quanto ao momento de atentar para as demandas do sujeito como uma via para entrar em contato com as

redes de significações, sendo as flutuações ingredientes inerentes à própria obtenção do conhecimento.

Para Jovchelovitch e Bauer (2008), na observação participante, o pesquisador poderá ter a capacidade de suspender convicções, interesses e preconceitos, ou seja, de colocar entre parênteses sua agenda pessoal a fim de escutar o Outro. O método permite que sujeitos e comunidades falem e tenham voz no processo de pesquisa, o que é fundamental para o processo dialógico e o desvelar representações que, muitas vezes, foram subestimadas, deslocadas ou tornadas invisíveis pelas estruturas de poder de esferas públicas.

4.2 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa de campo foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Rede Municipal de Manaus, sob responsabilidade sanitária de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), escolhida segundo critérios relacionados ao cuidado ofertado, sugeridos pelo professor orientador desta pesquisa, a saber: ser referência na qualidade do serviço prestado no tratamento de diabetes *mellitus* tipo 2; ter profissionais com estabilidade na unidade de saúde, isto é, com baixa rotatividade na equipe multidisciplinar da unidade; possuir equipe técnica com formação profissional na área de saúde da família; e apresentar experiência significativa com DM2, na ABS, de ao menos cinco anos.

A unidade funciona no horário de 07:00h às 16:00h, de segunda a sexta-feira, desenvolvendo suas ações tanto no âmbito interno do estabelecimento quanto na atenção domiciliar, mediante atendimentos previamente agendados ou em resposta a eventuais demandas espontâneas dos comunitários. Possui equipe multidisciplinar composta por cinco agentes comunitárias de saúde, duas técnicas de enfermagem, um odontólogo, uma agente de saúde bucal, uma enfermeira e um médico.

Realiza procedimentos como consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos prescritos, oferta de vacinas, dentre outras ações de cuidados que possam colaborar para promoção, prevenção e recuperação da saúde no território.

É reconhecida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) como unidade ampliada, em comparação às “casinhas”¹⁵ tradicionais implantadas inicialmente no PSF, conhecido à época, pela população, como “Programa Médico da Família”. Por unidade ampliada entende-se que, além do espaço físico maior e com layout mais adequado ao funcionamento da unidade, a UBSF também conta com o serviço de odontologia para a área adstrita.

A área de cobertura da unidade abrange aproximadamente 940 famílias, foi descrita pela equipe como um território de significativa vinculação à UBSF, o que se reflete na assiduidade dos sujeitos às consultas planejadas e no acesso facilitado dos profissionais de saúde às residências dos usuários na comunidade.

Conforme informações da UBSF eram acompanhados no Programa Hiperdia aproximadamente 405 usuários. Desse total, 54 teriam diagnóstico de DM, 173 apresentavam somente HAS e 178 apresentavam as duas enfermidades em comorbidade. Essa pesquisa focalizou os usuários assistidos no Programa Hiperdia, com diagnóstico registrado de DM2.

4.3. SUJEITOS PARTICIPANTES

A pesquisadora esteve inserida como observadora participante no cotidiano da UBSF, interagindo com os profissionais da equipe multidisciplinar e usuários da unidade, de uma forma geral. E, mais diretamente, com as agentes comunitárias de saúde e usuários do Programa Hiperdia, sobretudo, aqueles com diabetes *mellitus* tipo 2 e em acompanhamento junto com as ACS.

Nesta unidade, as cinco agentes comunitárias de saúde eram mulheres entre 30 e 50 anos de idade, que atuavam há mais de 10 anos nesse campo. Todas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para fins de sigilo, os profissionais serão descritos como ACS1, ACS2, e assim sucessivamente, na categoria das agentes comunitárias de saúde. Quanto aos demais

¹⁵ Na cidade de Manaus, era bastante comum a população referir-se às unidades de saúde onde estavam lotadas as equipes do Programa Médico da Família como “casinhas”. Este termo descreve bem a estrutura física utilizada pela Prefeitura de Manaus para “abrigar” o serviço comunitário: edificações construídas como de pequenas casas, inseridas na comunidade, com aproximadamente 32 m² de área total.

profissionais, serão identificados como PS1, PS2, até o total de integrantes da equipe multidisciplinar da UBSF.

4.4. RECURSOS PARA COLETA DE MATERIAL DE CAMPO

O “corpus” da coleta do material de campo compreendeu: o material documental da instituição e o diário de campo da observação participante. O material documental utilizado foram os registros histórico-institucionais já existentes na instituição: programações da unidade; informações quantitativas disponíveis; e os prontuários médicos de sujeitos com diabetes mellitus.

O diário de campo da observação participante consistiu no registro das observações do cotidiano vivenciadas pela pesquisadora com a equipe da UBSF durante o período da pesquisa, em particular, nas relações e comunicações entre as pessoas, incluindo as impressões e reflexões sobre o dia a dia, os processos dialógicos e contradições, entre outras coisas.

4.5 POSIÇÕES DA OBSERVADORA PARTICIPANTE NO CAMPO

As posições do observador participante durante a pesquisa de campo variaram em diferentes momentos do cronograma realizado, conforme os objetivos de cada etapa. A observação participante ocorreu em um período de seis meses, de abril a setembro de 2016.

Apesar de a pesquisadora ter iniciado a observação participante após a definição conjunta de um cronograma flexível, sempre que necessário retomava-se a discussão quanto à participação na Unidade, baseados no processo dialógico com a equipe, a disponibilidade das profissionais e na tentativa de estar em contextos relacionais mais representativos da prática de cuidados cotidianos com usuários acompanhados no Programa Hiperdia.

Nesse período foi possível observar diversas atividades da equipe, principalmente aquelas das ACS, dentre as quais: atendimento dos usuários na unidade para orientações sobre consultas, marcação de exames, distribuição de medicação e vacinas; agendamento de consultas e exames; organização de prontuários; definição de roteiros e preparação das visitas;

apresentação de demandas de usuários aos outros profissionais da equipe; visitas domiciliares com finalidades diversas, dentre as quais acompanhamento, informes, educação em saúde¹⁶, campanhas de saúde, dentre outros.

Destaca-se na inserção da pesquisadora que a maioria das caminhadas no território serviu de oportunidade para conversações entre ela e outros profissionais, principalmente as ACS. Nas conversações, ela aprendeu a conviver com diferentes universos simbólicos (crenças, atitudes, concepções de vida, etc.) transmitidos pelos profissionais que lhes afetavam subjetivamente, e influenciavam na sua relação com eles.

Além disso, na experiência cotidiana na UBSF, especificamente, nas visitas domiciliares, sua posição era mais participativa, intencionando a construção de uma relação de reciprocidade e de colaboração com os sujeitos, na tentativa de não tornar sua inserção estranha à equipe, aproximando-se assim deste ambiente cultural e de linguagem comum.

Ao longo da pesquisa, uma situação que despertou preocupação na pesquisadora foi a dificuldade de compreensão sobre seu papel pela equipe de saúde e usuários. Nas visitas realizadas, ela era, muitas vezes, apresentada pelas ACS como psicóloga, gerando expectativas em relação à sua função e participação nos cuidados domiciliares. Essa dificuldade foi esclarecida para a equipe, chegando-se a um consenso de clarificar a sua posição de pesquisadora.

No primeiro mês, a pesquisadora permaneceu um tempo maior na própria unidade, pela relevância de familiarizar-se com a dinâmica intra e interinstitucional, compreendendo a forma de organização interna e as redes relacionais que vão se constituindo no cotidiano daquele serviço, numa dinâmica de colaboração entre profissionais, usuários e comunidade, especificamente no contexto da saúde pública.

A segunda etapa, a partir do segundo mês, durou quatro meses. A pesquisadora continuou inserida no cotidiano da equipe da UBSF, priorizando as atividades do Programa Hiperdia, porém com familiaridade das rotinas diárias e maior entrosamento com as ACS, e maior dedicação às atividades escolhidas pelas ACS e equipe da UBSF mais diretamente relacionadas ao processo relacional entre as ACS e sujeitos com DM2.

¹⁶ Educação em saúde é um termo utilizado para referir-se a uma das possibilidades de atuação dos agentes comunitários de saúde no território adstrito. É normalmente associada à Educação Popular em Saúde (EPS), inspirada na Educação Popular criada por Paulo Freire, e comporta uma concepção ampliada de saúde, levando em conta o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e cura (DAVID, 2011).

Na última etapa, partir do quinto mês, a pesquisadora reduziu suas atividades no campo e iniciou a elaboração das primeiras análises da observação participante realizada. No sexto mês, realizou-se apresentação da “restituição”, à equipe da UBSF, das primeiras impressões das observações da pesquisa de campo. Essa atividade foi realizada com relativo sucesso visto que as discussões revelaram uma efetiva contribuição da pesquisadora ao trabalho da equipe.

A análise do *corpus* da pesquisa foi realizada em coerência com os pressupostos teóricos da psicologia da saúde, de orientação comunitária, e da metodologia da observação participante.

4.6 CUIDADOS ÉTICOS E RISCOS

Como forma de validar a participação voluntária dos sujeitos da pesquisa e garantir os aspectos éticos da relação entre pesquisador e sujeitos participantes, torna-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, da Resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, a realização deste estudo pretendeu preservar ao máximo todos os sujeitos envolvidos, bem como a instituição no qual estão lotados os participantes da pesquisa.

Os sujeitos foram esclarecidos antecipadamente a respeito dos objetivos da pesquisa, sendo sua participação livre e voluntária, tendo assegurados todos os procedimentos relativos à confidencialidade, à privacidade, à proteção da imagem e a não estigmatização ou julgamento de suas falas, bem como foi garantida a não utilização das informações para o prejuízo de nenhuma pessoa pertencente à instituição, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou poder econômico-financeiro.

No intuito de legitimar estes aspectos éticos, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos sujeitos participantes da pesquisa, e à instituição (representada pela Secretaria Municipal de Saúde), que assinasse um Termo de Anuência para a realização da pesquisa. As cinco ACS que participaram diretamente da pesquisa assinaram o TCLE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 A PESQUISADORA PARTICIPANTE NO COTIDIANO DO TERRITÓRIO ADSTRITO

O território adstrito é referido aqui enquanto área de abrangência de responsabilidade de uma UBSF, na atenção aos cuidados à saúde, situado no planejamento distrital da Secretaria de Saúde Municipal. É fundamental a proximidade desse estabelecimento em relação às residências dos usuários e a acessibilidade da comunidade ao serviço de atenção primária, em princípio, “porta de entrada” do sistema SUS.

No cotidiano da UBSF, o termo mais frequente era o de comunidade ao invés de território, que agrega um universo simbólico-cultural, experiências vividas, certo modo de vida, de se organizar, algum linguajar específico, uma forma de perceber o mundo e de se perceber, assim como de enfrentá-lo e de solidarizar-se, nesse espaço geográfico.

A presença da UBSF na comunidade, e como parte desta, facilitava a localização sociocultural dos sujeitos nos atendimentos, além de possibilitar compartilhar algumas das problemáticas e especificidades que demarcavam a área adstrita e podiam afetar de forma significativa a vida dos usuários, bem como as condições de trabalho dos profissionais.

A pesquisadora se inseriu no interior das relações de cuidados à saúde com a equipe multidisciplinar nesse território adstrito. Mais especificamente, nas ações desenvolvidas pelas agentes comunitárias de saúde junto com sujeitos acompanhados no Programa Hiperdia, no âmbito interno da instituição e das visitas domiciliares nesse território. Essa inserção possibilitou a construção de experiências de pesquisa assim como percepções sobre os saberes e fazeres que emergiam no cotidiano dos cuidados à saúde.

A pesquisadora deparou-se no território com habitações dos mais variados padrões, dentre as quais predominavam moradias autoconstruídas, muitas utilizando sobras e resíduos de material de construção, o que lhes dava um aspecto improvisado. Era comum a presença de edificações justapostas, sem quintal, com pouca ventilação natural e baixa incidência de luz solar, erguidas em áreas inapropriadas para fins de habitação como locais de encostas, no

entorno de igarapés¹⁷ poluídos e com significativa dificuldade de acesso, mesmo para os moradores da comunidade habituados a lidar com aquele contexto geográfico.

Os domicílios visitados eram frequentemente pequenos cômodos transformados em “lares”, construídos como extensão de casas originais daquele bairro e que, aparentemente, não poderiam garantir os requisitos mínimos de segurança estrutural ou mesmo salubridade aos seus moradores, haja vista as características deficitárias de sua construção e seu mal estado de conservação. Muitos desses espaços tratavam-se de casas cedidas ou alugadas e que, por esse motivo, podiam receber diferentes inquilinos em um curto espaço de tempo. Algumas dessas moradias significavam para quem as havia construído, uma potencialidade de ganho adicional através do recebimento de alugueis e, para aqueles que as habitavam, a possibilidade mais imediata e concreta de um lar.

Não raro, mais de uma geração coabitava um mesmo domicílio (pais, filhos e netos), compartilhando espaços e recursos aquém das necessidades familiares. Pelas condições econômicas insuficientes, avós complementavam ou mesmo sustentavam a casa, além de se encarregarem do cuidado das crianças enquanto pais e mães trabalhavam ou saíam à procura de alguma oportunidade de ganho financeiro.

Em contraste, observaram-se residências de melhor projeto arquitetônico, contendo cômodos com espaços e funções mais bem delimitados, com papéis familiares definidos de maneira clara entre seus habitantes, e com situação socioeconômica compatível à subsistência de seus moradores. Nesses lares, figuras paternas e/ou maternas exerciam o cuidado e autoridade sobre seus filhos, responsabilizando-se pela manutenção da casa. Outros componentes da família, como tios ou avós participavam da dinâmica familiar contribuindo com atividades domésticas e outras questões internas, como aportes financeiros e mesmo tomadas de decisão, podiam usufruir de seus próprios recursos, benefícios e mantinham interesses compatíveis com seu momento de vida. Nesse caso, alguns moradores mais idosos, possuíam sua própria renda (aposentadoria) e participavam de atividades em segmentos de sua faixa etária, como os grupos de idosos da comunidade.

¹⁷ Em Manaus, é bastante comum tipos de moradias que se caracterizam como habitações precárias localizadas em áreas próximas aos cursos de água que entrecortam a cidade nas áreas do planalto e em alguns prédios invadidos. Comumente, essas habitações são construídas em terrenos impróprios e não pertencem efetivamente a quem ergue tais moradias.

Com exceção das ruas principais, que eram normalmente mais planas, com melhor qualidade de pavimentação asfáltica e maior circulação de pessoas, movimentar-se nos demais espaços do território requeria certa flexibilidade e aptidão física para subir e descer ladeiras íngremes – algumas das quais de forma tão acentuada que impossibilitava o trânsito de veículos pelo nível de declive, pontes, escadarias e becos inseguros que se convertiam nos principais caminhos e atalhos daquela área.

Vale destacar a existência de infraestrutura urbana e serviços públicos precários (fornecimento de água insuficiente, por exemplo), saneamento básico incipiente, ruas com pavimentação de qualidade comprometida, ausência ou irregularidade na construção de calçadas, falta de locais públicos seguros para lazer e convivência dos comunitários e, ainda, delitos, de moderados a graves, desde pequenos furtos e assaltos até tráfico de drogas e homicídio.

O “olhar” reflexivo sobre a comunidade, ajudou a pesquisadora a ampliar a compreensão geográfica e social do território, assim como os problemas e processos complexos que interferiam nas dimensões de vida dos sujeitos (familiar, laboral, afetiva e espiritual) que afetavam direta ou indiretamente na qualidade de vida, bem-estar e na saúde de seus moradores.

Foi importante compreender o conjunto dos componentes relevantes na organização e arranjos da prática de cuidados da UBSF, como, por exemplo, o estilo de gestão, o trabalho terapêutico e preventivo, a dinâmica da equipe multidisciplinar, as teias relacionais interpessoais e as articulações intra e intersetoriais no sistema de saúde como um todo. Essa prática integrava as orientações normativas que regulavam a operacionalização dos cuidados, concomitantemente, permeada pelo processo implicativo e afetivo de cada profissional a partir de suas vivências subjetivas e intersubjetivas, inseridas num universo cultural que atravessava esse território.

As ações desenvolviam-se no âmbito interno e externo da UBSF, com o cumprimento de tarefas de cunho mais técnico-normativo além de outras ações mais voltadas ao processo relacional de cuidados à saúde. Como exemplo dessas atribuições, podem-se citar:

- tarefas (realizadas pelos técnicos de enfermagem, como aferições inerentes ao procedimento de triagem, atendimento pré-consulta à consulta médica, odontológica ou de enfermagem, realizado na UBSF por técnicos de enfermagem, para casos em

acompanhamento ou novas demandas, em que são verificadas medidas de pressão, glicose, temperatura, massa corporal, dentre outros), e aplicação de vacinas;

- consultas agendadas, realizadas pelo médico para avaliação clínica, orientação e prescrição medicamentosa;

- atendimento pela enfermeira voltado à prevenção, através da orientação para o autocuidado e realização de coleta para exames; e

- ações que competiam às ACS, como atualização de cadastros, atendimentos da recepção e agendamentos das consultas e exames aos usuários de suas respectivas microáreas, além das visitas domiciliares, onde dedicavam a maior parte de seu tempo.

Transversal às práticas formais dos profissionais, a informalidade nas relações iam se construindo possibilitando desdobramentos que ampliavam a potencialidade da UBSF como lugar de cuidado.

Observaram-se fluxos comunicacionais que iam se desenvolvendo entre os usuários, principalmente enquanto aguardavam os atendimentos na recepção. Esse espaço-tempo da recepção era compartilhado enquanto conversações de suas histórias, verbalizações de seus sintomas e sofrimento, trocas de saberes e experiências associadas a várias dimensões de vida, inclusive aos cuidados informais (plantas medicinais, rezadeiras, etc.) dispensados à saúde.

Essas interações foram experienciadas pela pesquisadora quando se sentava junto com os usuários nesse espaço da recepção, sendo percebida como uma comunitária. Nessas situações, participou de conversações em que usuários lhe contavam suas narrativas de vida, problemas de saúde pelos quais haviam procurado a UBSF, sobre como estavam vivenciando o autocuidado, assim por diante. Numa dessas histórias, uma senhora idosa compartilhou sua experiência de migração para Manaus e sua vida em cidades do interior. Outro usuário, policial, de aparência “corpulenta”, contou como lidava com a DM2, destacando a prática de atividade física como principal “remédio” para manter o controle da doença e da saúde em geral. Ele expressou também lembranças dos filhos, particularmente, sobre a educação da filha, revelando percepções particulares associadas a questões de gênero. Outra senhora, com idade próxima dos 80 anos, relatou de maneira saudosa sua relação com a dança ao longo de sua vida, e como participava de atividades comemorativas e comunitárias nas cidades por onde havia morado até sua chegada a Manaus. Ressalta-se assim que mesmo dentro do espaço

da UBSF, havia um espaço de conversações interessantes, que facilitavam relações menos formais com a equipe.

5.2 AS ACS NA PRÁTICA DE CUIDADOS À SAÚDE NO TERRITÓRIO ADSTRITO

Nas diversas atuações das agentes comunitárias de saúde, havia aquelas que exigiam maior interação com o público externo, bem como ações que eram realizadas em espaços restritos aos usuários, como a sala designada ao uso das agentes - de dimensões reduzidas – ou mesmo na copa. Nestes locais, cumpriam trabalho de natureza burocrática, tais como: atualização e organização de prontuários; preenchimento de registros exigidos pela gestão, como o Sistema de Informações da Atenção Básica; e acompanhamento de metas numéricas, estabelecidas a partir de análises de indicadores definidos via Secretaria Municipal de Saúde.

Simultaneamente às ações institucionais desenvolvidas no espaço interno da UBSF, destaca-se a importância desse ambiente para o convívio e integração das agentes, à medida que servia como *locus* para as trocas solidárias sobre as histórias pessoais, quando compartilhavam as narrativas sobre o cotidiano ou mesmo sobre acontecimentos significativos de vida, suas dificuldades, suas crenças e seus sonhos. As emoções, sentimentos e reflexões suscitados pelos relatos partilhados dos usuários nas visitas domiciliares também encontravam acolhimento entre os pares.

Além das atividades e visitas domiciliares no território, para ações específicas com a comunidade, agregavam-se um conjunto de atribuições e tarefas para a manutenção de programas assistenciais, conforme verbalizado pela ACS3:

Também temos que acompanhar o pessoal do bolsa-família, porque o programa tem duas vigências, no primeiro e segundo semestre; e o “Leite do meu filho”, que é a cada três meses. A enfermeira quer que a gente monitore, mas com as pessoas que eu acompanho, quando eles saem da consulta, eu já aviso logo para eles marcarem num caderno quando será a próxima consulta. Mas a enfermeira cobra da gente, porque se eles não virem na data, fica bloqueado.

Nessa atividade, às agentes era exigido verificar se as famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e no Programa Leite do Meu filho estavam cumprindo os critérios de

adesão¹⁸, que estavam relacionados ao atendimento de orientações preventivas e de autocuidado por parte dos usuários para manutenção da saúde.

No geral, as ACS reconheciam a maior parte do seu trabalho focado em atividades de prevenção, principalmente através dos eixos priorizados pela Secretaria Municipal. A narrativa abaixo da ACS4 destaca a prática das agentes de saúde no desenvolvimento de ações voltadas para saúde da mulher e planejamento familiar¹⁹:

A gente trabalha com prevenção. Se sabemos que em nossa microárea temos adolescentes que já iniciaram vida sexual, já começamos o planejamento familiar, para evitar que fiquem grávidas. Temos adolescentes grávidas aos 14 anos até os 13 anos que acompanhamos na unidade. Também verificamos as mulheres, se fizeram seus preventivos. Você viu na casa que visitamos, há três anos aquela mulher não faz o preventivo dela.

Percebe-se que o acompanhamento no território pelas ACS era mais orientado à prevenção, à medida que possibilitava investigar a existência precoce de comportamentos ou de situações de risco à saúde e seus determinantes, orientar para a prevenção de doenças e sugerir alternativas cabíveis para as necessidades encontradas. A aproximação com a comunidade, através das visitas regulares no território, também possibilitava identificar, de forma ativa, ou seja, antes que o problema se instalasse ou chegasse à UBSF, as vulnerabilidades psicológicas e sociais existentes na comunidade. Também era a partir das visitas que os problemas identificados na comunidade eram levados a conhecimento da equipe de saúde da família para serem discutidos e pensados em termos de proposta terapêutica para os comunitários.

Nesse ponto, a compreensão das agentes sobre as condições e necessidades dos usuários tinha destacada importância no cuidado. A partir do seu entendimento sobre o processo de adoecimento do comunitário, as histórias atravessadas por sintomas e sofrimentos testemunhadas nas visitas eram apresentadas aos demais profissionais da unidade, podendo, desta forma, receber as intervenções e encaminhamentos dos outros profissionais que compõe

¹⁸ Com a meta de reduzir o índice de mortalidade infantil da capital, a Prefeitura de Manaus mantém o Programa Leite do Meu Filho, desenvolvendo ações de complementação nutricional (fornecimento de leite às famílias inscritas), além de monitorar o desenvolvimento das crianças e o fortalecimento do planejamento familiar. As famílias inscritas devem cumprir uma série de condições básicas (critérios de adesão), como o comparecimento trimestral da criança a uma consulta médica e o cumprimento do calendário de vacinação.

¹⁹ Saúde da mulher é um dos eixos priorizados pela Secretaria Municipal de Saúde em Manaus.

a equipe multidisciplinar na UBSF. O trecho abaixo faz parte de uma conversação com a ACS3:

Nós que marcamos as visitas da enfermeira e do médico quando tem alguma situação grave. Às vezes eles (comunitários) mesmo pedem. Ou então quando a pessoa não pode ir até a casinha, nós marcamos também. Quando é mais idoso, quando tem alguma dificuldade pra atravessar a rua, a gente leva o médico lá na casa da pessoa. A gente marca assim que chega na casinha. A gente conversa entre a gente mesmo (ACS) e vê onde o médico vai primeiro.

As ACS atuavam como mediadoras entre usuários e equipe multidisciplinar, facilitando o acesso à unidade de saúde e contribuindo para a continuidade do cuidado. A organização da assistência no território contava com a colaboração solidária existente entre as agentes de saúde, que mantinham a prática de compartilhar os relatos dos casos acompanhados, definindo entre si a necessidade e as prioridades de atendimento domiciliar pelos demais componentes da equipe. Nesses relatos, elas também se identificavam com as histórias de vida dos usuários, o que é compreensível, pois as ACS pertenciam ao universo socioeconômico e cultural semelhante ao deles²⁰.

Era frequente, as agentes refletirem sobre esses casos em acompanhamento para estabelecer certa prioridade e regularidade nos atendimentos domiciliares. O conteúdo da linguagem desses casos indicava que processos psicossociais, não nomeados dessa forma, interferiam na compreensão dos processos de adoecimento e agravos. Os relatos referentes a sofrimento associado a complicações desses processos eram geralmente priorizados.

Exemplificando um desses relatos

Hoje eu (ACS5) vou te levar lá na Valquíria (pseudônimo da usuária). O caso dela é bem complicado. Ela já teve mais de dez gravidez e eu acho que ela tá grávida de novo. Vou te levar lá pra ver. Situação difícil!

A citação acima se refere a uma visita domiciliar efetuada na residência de uma usuária, a qual se atribuiu o pseudônimo de Valquíria. Sua casa era de madeira, um cômodo

²⁰ Por motivos de ordem política e social (reorganização do espaço urbano em áreas próximas à UBSF, pela implantação de programa ambiental governamental, resultando em expropriação de terrenos; condição socioeconômica incompatíveis aos alugueis praticados na área), as ACS mudaram-se de seus domicílios originais nesse território para morar em outros bairros, mais distantes.

somente. O terreno era pertencente à genitora dessa usuária. Naquele pequeno domicílio onde coabitavam 12 pessoas (usuária, marido e dez filhos). Era um amontoado de móveis, utensílios e pertences pessoais num espaço reduzido.

Naquela casa, crianças de idades muito próximas se agitavam durante nossa presença, enquanto sua mãe tentava expor suas dificuldades, descrever suas dores e pedir ajuda. O atendimento domiciliar foi feito na porta de sua casa. Valquíria permaneceu sentada na escada de acesso, bloqueando a saída dos filhos, enquanto ACS5 e pesquisadora ficaram do lado de fora.

ACS5: Oi, Valquíria. Vim aqui pra saber como tu tá e pra trazer essa moça aqui, que é psicóloga. Ela tá fazendo um trabalho lá com a gente. Como é que tão as coisas?

Valquíria: Eu num tô bem não. Tô me sentindo muito mal. Minha menstruação ainda nem desceu. Tô preocupada. Tô sentindo umas dores também aqui na barriga. Sinto fraqueza. Ontem fiquei tonta quase desmaiei.

A ACS tinha familiaridade com a usuária e a mesma relatava suas preocupações relacionadas à manifestação de mal-estar e sintomas da doença. Tudo indica que a ACS era uma pessoa da rede significativa e de apoio aos cuidados à saúde de Valquíria. Essa agente também se mostrava disponível e atenta às suas narrativas de vida e de intimidade. Percebia-se uma relação de confiança.

ACS5: Mana, tu deve de tá grávida. Tu não tá grávida?

Valquíria: Eu não sei não.

ACS5: Menina, fala com teu marido. Ele trabalha lá na ... [instituição de saúde]. Ele consegue marcar exame pra ti saber. Outra coisa, manda ele falar com o doutor pra fazer uma vasectomia. Pra ele é mais simples que pra ti. Tu fica aí cheia de menino e só sobra pra ti cuidar de um monte.

Essa citação indica uma relação de cuidados à saúde que perpassa uma interação fraternal. Essa expressão “mana” é muito comum em Manaus, e sugere uma maior aproximação e intimidade entre ambas. A ACS expressa um ordenamento pragmático nos cuidados de Valquíria e dos membros da família, inclusive solicita o comparecimento do marido da usuária à UBSF.

ACS5: Vocês tem que ajudar a mãe de vocês. É muita coisa pra ela e ela não tá passando bem! Valquíria, vai comigo lá na UBS pra gente falar com a enfermeira. Deixa eles na escola e vai lá amanhã. E tu já viu o bolsa família desse pequeno?
Valquíria: Ainda não. Falta um documento dele.
ACS5: Menina, vê isso logo! Tá perdendo tempo!

Na medida em que a conversa acima acontecia, a agente segurava um dos filhos da usuária que saía repetidamente pela janela da casa e o colocava novamente para dentro, preocupada com uma possível fuga da criança para a rua. Em contraste com a agitação das crianças, Valquíria parecia sem força para reagir, mostrava-se apática. Ela falava em voz baixa, com pouca vivacidade, como se manifestasse um “esgotamento” de suas energias diante das várias situações que ia relatando.

Olhando para os filhos mais velhos da usuária, a ACS5 recomendou em tom firme, de autoridade, que ajudassem a mãe a cuidar dos filhos mais novos. A ACS5 assumia um papel encorajador àquela mulher, à medida que manifestava uma atitude de compreensão e reconhecimento de seus problemas e sugeria alternativas possíveis para o enfrentamento de suas dificuldades.

Depois da visita domiciliar, retornando à UBSF, a ACS5 complementou:

Eu fico sem saber o que fazer. Ela diz que não sabe se está grávida, mas com certeza tá. Aquele filho dela que ficava tentando fugir, ele tem problema. Pode ver que ele é diferente. Ele foge. Eu te trouxe aqui porque é um dos casos mais difíceis. Viu aquela senhora no fundo naquela outra casa, era a mãe dela. Ela ajuda às vezes, mas como ela [a mãe] não se dá bem com o marido dela, ela às vezes não vai lá.

No discurso da ACS5, era possível perceber uma preocupação com a usuária nas diversas experiências vivenciadas e narradas, desde os aspectos diretamente relacionados e contemplados nos eixos programáticos e que faziam parte do trabalho das agentes de saúde (gravidez, planejamento familiar, saúde da criança, etc.), como a observação de comportamentos e situações de risco e sintomas associados a doenças, assim como os acontecimentos significativos que vinham afetando seu modo de existir.

A pesquisadora não teve acesso às reuniões de discussão dos casos na UBSF. Por isso, solicitou à ACS5 informações referentes ao caso de Valquíria, mas ela deu algumas respostas vagas. A impressão que se teve é que questões relacionadas ao sofrimento e as relações conjugais da usuária não eram trabalhadas de forma suficiente pela equipe da atenção

básica, o que era compreensível, visto que não havia nenhum NASF nessa região e havia dificuldades de interagir com o CAPS.

5.3 AS ACS NA PRÁTICA DE CUIDADOS À SAÚDE NO PROGRAMA HIPERDIA

No Programa Hiperdia, as ações envolviam regularmente a participação de vários profissionais. Inicialmente, como já mencionado, havia o procedimento de triagem²¹ antes da consulta com o médico ou enfermeira. Após o atendimento clínico com aqueles profissionais, os usuários eram encaminhados à farmácia da UBSF para receber a medicação prescrita, enquanto a próxima vinda ao consultório para acompanhamento da DM já ficava agendada num prazo de dois meses. Apesar das consultas serem bimestrais, com alternância do atendimento entre médico e enfermeira, as prescrições para retirada de medicamento eram feitas em periodicidade mensal a fim de garantir melhor acompanhamento dos usuários.

Em princípio, as ACS desenvolviam atividades sistemáticas voltadas para orientações preventivas em relação às diabetes e seu controle, e ações de monitoramento dos sujeitos com diagnóstico registrado em prontuário de DM, no intuito de averiguar a presença/ausência de sintomas de elevação e/ou queda glicêmica no sangue, além de estimular uma relação colaborativa entre sujeitos e equipe multidisciplinar, encorajando para que as prescrições relacionadas ao tratamento (medicamentoso e comportamental, como a adoção de hábitos de vida saudável) fossem seguidas.

Não era frequente que o tema da DM2 orientasse diretamente a pergunta das agentes quando elas chegavam às casas das pessoas, mas surgia durante as conversações de diálogo, principalmente, quando havia alguma dificuldade referente ao acesso à medicação prescrita ou quando os índices glicêmicos estavam altos, ou quando havia a manifestação de outros sintomas. As repetições sobre as orientações de autocuidado previstas em manuais do MS, como a alimentação balanceada aliada à prática de atividades físicas, apareciam de forma sutil e em resposta a alguma dificuldade específica ou a aderência ao tratamento.

²¹ Apesar de previsto no Manual de Cuidados para Diabetes, durante o tempo de realização da pesquisa e conforme relatos de profissionais da equipe, era frequente a indisponibilidade das fitas necessárias à utilização do glicosímetro, não possibilitando o monitoramento técnico adequado dos níveis de glicose capilar dos sujeitos acompanhados no Hiperdia.

A fala abaixo destaca as expectativas de um membro da equipe a respeito da realização de atividades burocráticas e educativas pelas agentes.

Acredito que as agentes poderiam desenvolver mais ações para promoção de saúde. Tem muita coisa para fazer na área, muita coisa. Orientar mais sobre saúde. Temos que terminar os cadastros também. Fazer o mapeamento. Tem muita coisa para fazer (PS3).

No trecho acima, a profissional dá ênfase a ações ligadas à promoção de saúde e às relacionadas ao mapeamento da área de abrangência. No espaço da UBSF, nas conversações valorizavam mais essas ações para a prática das ACS. Entretanto, para elas não se tratava de ação de promoção, mas sim de prevenção da doença que era o foco principal de seu trabalho. Vejam o que disse uma ACS:

Nosso trabalho é de prevenção. Nós visitamos as pessoas e perguntamos se estão fazendo o tratamento correto, se tão tomando os remédios, pergunta se tão indo às consultas. Se precisar a gente leva o doutor na casa delas. No caso de diabetes, é mais pra ver a alimentação e se tão tomando os remédios e se precisar levar o médico ou a enfermeira. É mais isso. Tem gente que prefere conversar com o médico e tem gente que prefere quando vai a enfermeira (ACS3).

Diferentemente da outra profissional de enfermagem, as agentes compreendiam seu foco final de trabalho na prevenção da doença e de agravos. O discurso delas é mais pragmático: realizavam visitas domiciliares, principalmente, para acompanhar se os usuários estavam “fazendo o tratamento correto”, assim como o uso de medicação e o comparecimento às consultas. No que diz respeito a diabetes, discorreu sobre a verificação da alimentação do sujeito/usuário e da necessidade de agendamento para o médico ou enfermeira. Tratava-se de verificar *in loco* se os cuidados prescritos estavam sendo cumpridos e assegurar também o acesso e continuidade do tratamento.

Na perspectiva dos comunitários, a expectativa quanto ao trabalho das ACS era não somente relacionada a questões biomédicas, mas também o poder contar suas histórias e sofrimentos, escutar a opinião das ACS sobre esse “contar”, esperando por alguma colaboração e solidariedade, indo além de uma orientação puramente técnica. Segue um exemplo dessa perspectiva:

ACS4: Oi, seu João. Como é que o senhor tá? A gente não vai demorar porque ainda temos mais duas casas pra ir. Eu vim pra lhe dizer que o doutor já voltou da licença. Quer que marque sua consulta pro senhor ir lá com ele? Como é que o senhor tá se sentindo?

J: Eu tô bem. Olha só pra mim. Já perdi mais de 20 kg com minha dieta. Tô fazendo caminhada também. O doutor já voltou? Eu quero sim, marca pra quando?

ACS4: Quando eu voltar lá eu vejo o dia, mas é pra semana que vem. Quando eu passar por aqui de novo eu lhe digo tá. Melhor de manhã ou à tarde pro senhor?

J: Melhor à tarde. Mas sentem. Ah, eu não tô conseguindo achar esse remédio aqui que o doutor passou. Já chegou lá?

ACS4: Esse remédio aqui ainda não chegou. Mas o senhor pode achar lá no ... [instituição de saúde mais próxima]. A PS4 (referindo-se à outra profissional da UBSF) ligou pra lá e disseram que tinha lá. Pode ir lá.

[Continuação]

J: Ah, quando eu for lá, aproveito pra ver como tá a diabetes. Tem aquele exame lá da fitinha né?

ACS4: Pôxa, seu João. A gente ainda tá sem a fitinha. Já pedimos mas ainda não chegou. Essa ainda não vai dá. Mas vá lá pra falar com o doutor. Olhe, a gente já vai. Não podemos ficar. Eu volto aqui amanhã tá, com mais calma. Ah, eu trouxe aqui a marcação do seu exame também. Não pode perder viu. Como tá tudo bem, tem que voltar lá com o doutor só pra fazer a consulta mesmo, mas tá tudo bem. Que bom que o senhor tá bem mesmo.

Percebe-se nesse relato de uma breve visita que o usuário tinha a expectativa de conversar mais um pouco sobre seus cuidados cotidianos. Narra sobre a mudança no peso e no sedentarismo, sinalizando que já havia reduzido o primeiro e estava superando o segundo. Solicitou informações sobre o médico, o agendamento, e sobre a dificuldade de acesso à medicação na UBSF, sendo contornado pela orientação para obtê-la em outro órgão do SUS. Destaca-se a disponibilidade da ACS da prestação de serviço ao usuário ligando diretamente para esse órgão e informando-lhe para comparecer a esse lugar. Ela lamenta que ainda não tenha a “fitinha” na UBSF para o controle da glicemia. Em todo caso, ela o estimula para consultar o “doutor” e já entrega a marcação do exame para o usuário. Insiste para que ele não perca a consulta, considerando que o seu estado de saúde está bem (“mas tá tudo bem”).

Outras dificuldades para o acompanhamento da DM2 daqueles comunitários diziam respeito a problemas na aquisição das medicações prescritas para o controle glicêmico, bem como a falta de material para realização de exame dos níveis de glicemia nos usuários (fitas para o glicosímetro). Era frequente comunitários abordando as agentes de saúde a fim de relatar seus longos itinerários à procura dos remédios recomendados os quais não conseguiam ter acesso pelo SUS. Cientes da carência, normalmente as agentes os encaminhavam para outras unidades com a intenção de encontrar alguma solução.

5.4. EXEMPLO DA ACS EM SEUS PERCURSOS DE MEDIAÇÃO DE CUIDADOS

Será apresentado a seguir um exemplo significativo referente aos percursos de mediação de cuidados à saúde no território de uma ACS (ACS1) que colaborou com essa pesquisa. Ela foi indicada pelas outras colegas ACS da UBSF por trabalhar diretamente em microárea do território onde havia maior número de pessoas em acompanhamento com DM 2 e que também exigiam a presença mais regular em atendimento domiciliar. O exemplo foi escolhido junto com a profissional.

A ACS1 atuava há aproximadamente dez anos na UBSF. Durante a convivência com a pesquisadora, mostrava-se simpática, disponível, afetuosa com as pessoas em geral e com certa liderança carismática. Quando chegava à casa das pessoas/usuárias, era normalmente bem recebida. Expressava bom humor e tinha habilidade no trato interpessoal com as pessoas/usuárias, acolhendo-as, aceitando-as, tentando ajudá-las. Referimo-nos a seguir a uma dessas usuárias visitada duas vezes pela pesquisadora, Dona F., com quem ACS1 tinha uma relação amistosa e de confiança e a acompanhava de modo solidário há cerca de três anos. Dona F., idosa, aposentada, sofria de DM 2 e HAS e Insuficiência Renal Crônica.

Percebia-se, algumas vezes, que nas conversações entre ACS1 e a usuária emergia um processo dialógico espontâneo entre ambas. A ACS1 estava “toda inteira” nesses encontros enquanto a usuária contava sua vida, relatando fatos associados ao seu adoecimento assim como outros eventos marcantes em sua trajetória, como por exemplo, sua relação com o filho, que morava em outra cidade e não mantinha contato, e ainda com o marido, que sofria de alcoolismo. Havia expressão de sentimentos associados a experiências vivenciadas que se manifestavam através de choro, tristeza, sofrimento e desamparo.

Esse “clima emocional” contagiou também a pesquisadora que se sentiu envolvida na compreensão dessa situação. Notou que a ACS1 “importava-se com”, tinha um sentimento de compaixão para com a aflição da usuária e reconhecia a força do ego de Dona F. “para sorrir, receber bem as pessoas, continuar o tratamento, ajudar os outros”. Mesmo nessas ocasiões a ACS1 estava atenta ao controle e prevenção dos agravos no processo de adoecimento de Dona F., seu autocuidados, assim como às possíveis comorbidades e outras atividades de suas funções.

Nas duas visitas que a pesquisadora participou, a primeira ocorreu também com a presença do médico e da ACS1. Na segunda, o médico não participou, mas sim outra ACS, sua colega. Notou-se uma diferença de atuação da ACS 1 entre uma situação e outra. Na primeira visita, ela permaneceu a maior parte do tempo em silêncio, manifestando-se menos nas conversações do médico com Dona. F., limitando-se, na maioria das vezes, a entregar prontuários, alguns exames e dar informações sobre o estado de saúde da usuária. Durante as falas, Dona F. fazia alguma referência à sua história de vida e a ACS1 pontuava ou reforçava algumas de suas narrativas. Na segunda visita, realizada com outra colega representante da microárea, a ACS1 conversava mais e em fluxo dialógico constante, mas cumprindo a entrega de medicamentos à usuária, fazendo o monitoramento de seu quadro de saúde e da verificação da continuidade de tratamento de DM 2.

Percursos de mediação na primeira visita

Nesses percursos de mediação a ACS1 não somente atuava como mediadora da usuária, mas também com os outros membros da UBSF, em solidariedade, e em atenção à saúde integral de Dona F. Aproveitava o tempo da caminhada, ida e retorno da visita domiciliar, e acrescentava informações sobre a situação de saúde da usuária e também refletindo sobre o acompanhamento de cuidados da mesma.

Caminhada de ida à visita domiciliar

Durante a caminhada para a visita domiciliar à Dona F., a ACS1 fazia a (re) construção da história de vida da comunitária, preocupada em revelar nuances mais representativas do quadro de saúde da usuária e de seu contexto de vida. A ênfase da ACS1 era dada ao processo de descompensação²² do adoecimento em DM2 da usuária, à sua dificuldade de locomoção agravada pelo local de moradia (becos, ruas estreitas e escadas), e à vulnerabilidade de sua condição econômica e social, que era comum para a maioria dos usuários naquele território.

Como consequência dessa situação, Dona F., conforme a ACS1, apesar de manter sua capacidade de deambulação, apresentava fragilidade física em razão de seu quadro de saúde que comprometia sua mobilidade. Ela só saía de casa poucas vezes e, geralmente, para

²² O termo “descompensação” na medicina diz respeito à insuficiência funcional de um órgão que o organismo não é capaz de compensar (DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA COM ACORDO ORTOGRÁFICO, 2017).

consultas a especialistas ou realização de procedimentos médico-hospitalares que não podiam se dar em caráter domiciliar. Mesmo com seu estado complicado de saúde, a usuária era a principal responsável pelo sustento da casa, apesar de dispor de uma renda mensal de um salário mínimo (aposentadoria por invalidez), complementada com a ajuda de familiares que proviam a cesta básica e algum auxílio financeiro.

Nessa caminhada, a ACS1 falou para a pesquisadora:

A Dona F. está com a gente desde que a gente começou aqui no bairro. A gente vai até a casa dela porque ela não consegue ir até a unidade. Aí nós trazemos o doutor aqui. Mas ela tá muito mal. Coitada! Começou a fazer hemodiálise e tudo.

Refletindo sobre esse percurso, a pesquisadora começou a entender que os atendimentos no território não eram simplesmente um “ato assistencial”, mas, potencialmente, a construção de convivências e de conexões que poderiam ajudar a pessoa/usuária no enfrentamento de diferentes problemáticas (saúde, moradia, precariedade econômica, acesso aos serviços etc.). Daí a importância da qualidade das relações de cuidados no acompanhamento a pessoas em condições crônicas de adoecimento e da perspectiva da integralidade nesses cuidados em contexto comunitário.

No espaço da casa durante a visita domiciliar

Chegando à casa de Dona F., a equipe de saúde e a pesquisadora foram recebidas por sua filha, que pediu que aguardassem por sua mãe onde estavam, do lado de fora da casa, enquanto entrava para pegar cadeiras para colocar na passagem (beco) em frente ao seu domicílio. Não havia rua em frente à sua casa. Dona F. morava na extensão de outra moradia (“fundos” da residência).

Não foi possível entrar em seu domicílio, no entanto, observou-se que sua casa era um ambiente insalubre, com pouca iluminação e espaço físico restrito, como vários outros endereços visitados. Nessa situação precária, percebeu-se que fora da casa era mais confortável que dentro, tanto para a equipe de saúde quanto para a própria usuária, considerando seu movimento de organizar o espaço externo ao domicílio para realização do atendimento.

Dona F. saiu do interior de sua casa e veio até a equipe cumprimentando a todos com um leve sorriso, apesar de estar visivelmente debilitada, com movimentos lentos e

cuidadosos. Tinha um cateter em seu pescoço para realização do processo de hemodiálise, iniciado em janeiro daquele ano.

A pesquisadora e a equipe permaneceram ali reunidos por quase uma hora. O médico e Dona F. sentaram em cadeiras enquanto a ACS1 e a pesquisadora ajustaram-se onde fosse possível nos batentes e muros baixos.

Destacam-se a seguir alguns momentos da conversação entre a ACS1 e a usuária.

Dona F.: Ai, eu sofri muito! Agora que tô melhor. Tive um AVC e entrei em coma!

ACS1: Nossa Dona. F.! E a senhora perdeu muito peso também.

Dona. F.: Foi mana, o médico (endocrinologista) ainda achou que eu perdi foi pouco. Eu perdi 16Kg. Eu quase morro. Olha, minha pressão aumentou muito, e eu tive que ser internada às pressas. Sorte que me ajudaram. Tive que começar a fazer hemodiálise e tudo. Tô fazendo três vezes por semana. Mas quase morro! Agora também tô com dificuldade de memória e tô com problema de vista.

A usuária informou sobre a evolução do agravamento de seu estado de saúde, incluindo o período de hospitalização anterior e o início das sessões de hemodiálise indicadas para o tratamento. A usuária falava amistosamente com a ACS1 chamando-a de “mana” e contando, emocionada, sua experiência física e subjetiva de aflição e seus itinerários terapêuticos.

Dona F.: Tem dois meses que a minha irmã morreu (começa a chorar). Ela era a irmã que mais me ajudava, que mandava as coisas pra mim. Ela morreu e ninguém conseguiu ir lá pro velório dela, nem pro enterro, porque ela mora fora do Brasil. Ela tava na Grécia. Eu sinto muita falta dela.

ACS1: Eu lembro... era aquela sua irmã que lhe ajudava.

Dona F.: É mana, eu fiquei tão triste! Quem me ajuda muito é essa minha filha que mora comigo. Mas tem meu filho também que faz seis anos que não fala comigo. Ele foi embora pra outra cidade e ele nunca ligou pra mim. Não sei porquê essas coisas acontecem.

(Silêncio dos profissionais enquanto Dona. F. narra sua história e chora bastante).

Dialogando com a ACS1, Dona F. falou de pessoas significativas em sua vida: a irmã, sua filha e seu filho. Descreveu circunstâncias e situações que lhe causavam sentimentos de tristeza, ansiedade e preocupação. A morte da irmã, aquela que “mais ajudava, que mandava as coisas” para Dona. F. estaria influenciando na instabilidade emocional e na sensação de desamparo diante dos problemas concretos que enfrentava. Não poder ter participado do velório dava-lhe uma sensação de impotência, o que dificultava o lidar com

essa situação. A ACS1 pontuou e reforçou a ajuda financeira dada por sua irmã e que teria se repercutido negativamente em sua sobrevivência.

Nota-se, no relato acima, a escuta atenta e pontuações empáticas da ACS1 em uma conversação mais informal com Dona F., fazendo emergir eventos significativos relacionados à sua história de vida e diretamente envolvidos com sua rede pessoal significativa (filha), e as suas perdas (irmã, filho) em suas relações. Essa relação da filha funcionava como rede de apoio a seus cuidados à saúde, a irmã falecida remete à sua experiência de luto ainda em elaboração e a relação com o filho contribuía para que ela vivenciasse o sentimento de abandono, que seria percebida de maneira “interrompida”, isto é, a sua ausência e seu “silêncio” interferiam na continuidade da relação entre mãe e filho, causando-lhe sofrimento, por não entender os motivos dessa falta de contato e não poder contar com ele. Essas duas últimas relações favorecem vivências de sofrimentos que parecem repercutir em seu processo de adoecimento. O silêncio dos profissionais e interlocução da ACS1 mostrava-se como um momento de escuta, solidariedade e empatia com os sentimentos de aflição de Dona F.

Dona F.: Doutor, eles [médicos especialistas] me passaram essas medicações [mostra a receita]. É pra mim tomar?

Se bem que a citação acima trate de uma comunicação de Dona F. com o médico, a pesquisadora observou que em outra ocasião, essa usuária fez o mesmo pergunta semelhante à ACS1. Essa solicitação era também recorrente com outros usuários nesse território. Solicitar a um dos membros da equipe a “reconfirmação” de prescrições de outros profissionais, seja na rede SUS ou no setor privado. Tudo indica que o sujeito/usuário se sente inseguro com profissionais com quem não tem uma relação de confiança estabelecida. Seriam vários olhares, fragmentados, de vários especialistas, e parece que eles precisam dar uma coerência a esses atendimentos pontuais, consultando os profissionais da ABS com quem eles se sentem mais seguros e confiantes.

Provavelmente, essa relação de confiança seja um ponto de ancoragem que facilite a integralidade dos cuidados, de forma pragmática, partindo dos próprios usuários. No caso de Dona F., ela mostrou ao médico e à ACS1 as prescrições e orientações recebidas nas consultas

com especialistas, endocrinologista e nefrologista²³, em policlínicas do SUS, perguntando se deveria realizar os tratamentos recomendados por eles, havendo concordância de ambos profissionais.

No retorno até a UBSF

No retorno até a UBSF, a história de Dona F. teve continuidade nas conversações entre ACS1 e a pesquisadora, que naquele momento, estavam bastante mobilizadas. A agente de saúde acrescentava informações que havia tomado conhecimento em seus diálogos com a usuária em outros encontros, num tempo anterior ao seu trabalho de agente vinculada à UBSF, dando ênfase à capacidade da usuária frente às suas dificuldades:

Eu conheço Dona F. desde o tempo que ainda era agente de saúde antes da casinha, quando era só o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Eu não era daqui, era de outra unidade, de outro bairro. Mas eu fui lá na casa da Dona F. acompanhando um colega meu que acompanhava aquela área onde ela morava. Naquele tempo ela já era muito sofrida. E ela era muito gorda...já emagreceu muito do que ela era. Também ela passou por tanta coisa! Ela ainda tem essa filha que cuida dela, mas aquele marido dela também não ajuda e ainda é alcoólatra. Ela tem a vida muito difícil. Mas ela é muito boa, viu! Do jeito que ela tá, ela ainda ajuda os outros. Ela deixa gente morar de graça no quarto que tem em cima da casa dela! Às vezes ela manda alguma coisa pros outros também! Ela é muito boa, mesmo com todo esse sofrimento! Quando eu vim pra trabalhar aqui nessa área, eu fui na casa dela. Aí eu lembrei dela e perguntei se ela lembrava de mim. Ela olhou pra mim e disse que lembrava sim!

O uso da palavra “conheço” ao invés de “atendo” no início da citação, na conversa com a pesquisadora, indica uma reflexão da ACS1 sobre sua relação com Dona F. e seu estado de saúde. Desde que a ACS1 conheceu Dona F. em outra ocasião, sua história a marcou, pois “ela já era muito sofrida” e obesa, mas tinha emagrecido posteriormente, apesar de ainda continuar com excesso de peso. Seu sofrimento estaria aqui associado a ter passado por tantas situações desagradáveis, ter um marido “alcoólatra”, passar por dificuldades socioeconômicas. Entretanto, o que mais ela ressalta é a ênfase positiva de suas relações implicadas pela solidariedade e cooperação humana que a faz ser “muito boa”.

A interlocução do médico na conversa destacou que ela apresentava “um quadro de depressão”. A manifestação de sentimentos como tristeza, choro constante, foi nomeada por

²³ Dona F. permanece sendo atendida pela equipe multidisciplinar da UBSF, pela responsabilidade sanitária da equipe no território conforme previsto na Política da Atenção Básica.

ele como sintomas de um quadro depressivo ligado ao saber psiquiátrico, não enfatizando a experiência subjetiva de adoecimento e de luto pela perda recente da irmã e também o sentimento de abandono do filho.

A ACS1 fez uma apreciação sobre as dificuldades de aderência ao tratamento pela situação financeira precária da usuária:

Ela não consegue cumprir todo o tratamento. Vai ter problema pra conseguir toda a alimentação. É caro né e ela não tem mais ajuda. A filha dela ajuda a cuidar mas ela que mantém a casa.

Segunda visita: retorno à casa de Dona F.

Alguns meses depois, a pesquisadora retornou com a ACS1 e ACS3 à casa de Dona F., para realização de monitoramento de seu quadro de adoecimento. A inclusão de outra agente de saúde foi ocasionada pelo medo da violência no território. Não foi possível a entrada dessa microequipe na residência, assim como aconteceu na outra visita. A ACS1 esclareceu que “A gente não entra. O doutor mesmo prefere atender lá fora. Lá dentro é muito quente também. Melhor ficar aqui fora”. Contudo, a ACS1 demonstrava sentir-se muito à vontade com o local escolhido pela usuária.

Nessa visita foi verificada a continuidade do acompanhamento do DM 2 e realizada a entrega de medicamentos à usuária.

ACS1: Oi, Dona F., como a senhora tá hoje? A gente veio aqui pra ver como a senhora tá e pra trazer esse remédio aqui.

Dona F.: Eu tô melhor, minha filha!

ACS1: Então, a senhora tá melhor mesmo hoje. Bem melhor que naquele outro dia. Tá conseguindo fazer sua hemodiálise? Quem tá levando a senhora?

Dona F.: Eu tô. Não tô me sentindo mal como naquele dia. Quando eu preciso ir pra hemodiálise, vem um carro aqui me pegar. Aí, tô indo lá na clínica. Eu tive sorte porque agora tá é difícil conseguir fazer o tratamento. Eles [gestão estadual] tão cortando muita coisa. Mas eu ainda consegui com uma sobrinha minha que me ajudou.

ACS1: Que bom. Tá difícil mesmo de conseguir o tratamento. Esse remédio que a gente trouxe pra senhora é aquele que tava faltando, mas já chegou, tá!

Dona F.: Brigada.

Percebe-se a sutileza do processo de mediação da ACS1 com Dona F. A agente faz uma leitura nessa citação tanto da comunicação verbal como da expressão não-verbal. O diálogo se passa numa relação amistosa, durante o qual a ACS1 pontua, no fluxo das

conversações, questões pertinentes ao acompanhamento da DM 2 sem precisar recorrer a roteiros formais e monótonos.

Na sequência, primeiramente, ela procura saber o estado de saúde de Dona F., de uma forma geral (objetiva e subjetiva). Depois, ela explicita seus objetivos de visita, isto é, verificar como está seu estado de saúde e dar acesso à medicação prescrita para continuidade do tratamento. Em seguida, ela afirma que a usuária está manifestando uma melhora no seu quadro de adoecimento, inclusive, enfatizando uma evolução positiva em relação ao observado anteriormente. Continuando a conversa, de forma perspicaz, ela pergunta se Dona F. está fazendo a hemodiálise para seu tratamento de Insuficiência Renal e também procura se informar se sua rede de apoio familiar está funcionando, nesse caso.

A ACS1 dá espaço para a expressão da subjetividade de Dona F. e ela responde a essa situação, informando que, de fato, não está com a sensação de mal-estar como da última visita da ACS1. Comunica ainda que está tendo assistência de uma clínica conveniada com o SUS para realização da hemodiálise, mas ressalta a ajuda da sobrinha referente a esse acesso, chamando a atenção para o fato de que estão reduzindo o número de serviços desse tipo disponíveis à população. Parece ter receio de que “cortem” esse tratamento renal de que tanto necessita. Finalizando, a ACS1 reforça o que há de positivo em todos os seus cuidados e também o fato do acesso à medicação em domicílio.

Na continuação da visita domiciliar, a ACS1 destacou, intuitivamente, a importância da rede de cuidados familiares e seu papel em ativá-la:

ACS1: Cadê sua filha [Paula]? Ela tem que ir lá com a gente também. Tem a consulta da pequena [neta de Dona F.].

Dona F.: Ah, perai! Paula!

Paula: Oi.

ACS1: Tu precisa ir lá com a gente levar tua filha. Como é que ela tá? Ela melhorou?

Dona F.: Agora ela tá bem. Não teve mais febre. Essa menina faz a diferença aqui em casa. Criança dá alegria em casa. Foi bom quando a Paula veio morar aqui comigo.

ACS1: Dá mesmo. Dá trabalho, mas dá alegria pra gente também.

A ACS1 não vai à casa de Dona F. somente para cuidar dela. Mas se coloca disponível e comprometida com os cuidados dos membros da família presentes na visita. Ela se preocupa com a saúde da filha e da neta da usuária, inclusive insistindo nos cuidados à saúde de ambas, lembrando as consultas agendadas na intenção de um acompanhamento mais

adequado e prevenção a processo de adoecimento. Nesse sentido, ela ativa e potencializa a rede de cuidados familiares, em um processo mediador, no qual a recepção dessas mensagens pela filha teria um sentido de eficácia na ação e compreensão da necessidade desses cuidados. Posteriormente, a filha compareceu, como convocada, à UBSF com a neta.

5.5 DISCUSSÃO SOBRE OS PROCESSOS DE MEDIAÇÃO DAS ACS NO TERRITÓRIO

As ações de cuidados à saúde da ACS tem sentido na medida em que são contextualizadas no território adstrito, numa dinâmica de “dentro” e “fora” do espaço da UBSF e no entorno comunitário. As mediações se dão nessas ações e são construídas a partir das demandas de cuidados que emergem no serviço e na relação mais direta com os usuários.

O que mais chamou atenção nessas ações foi a qualidade da relação de cuidados, que se dava de maneira amistosa e afetuosa, sem perder de vista o caráter profissional de suas intervenções. Nas mediações cotidianas, a ACS mostrava-se implicada, disponível e solidária em seu trabalho no território. Demonstrava habilidade e flexibilidade conversacional sem precisar utilizar frequentemente recursos técnicos, como roteiros formais. Aproximava-se assim da noção de diálogo como “comunicação” em Freire (1977) e distanciava-se daquela de “extensão”. Nesses encontros, entendidos como dialógicos, havia a possibilidade do compartilhar saberes, experiências e emoções entre interlocutores (VIEIRA FILHO, 2003).

Compreende-se, a partir dos exemplos anteriores, que a ACS favorecia as relações de cuidados à saúde no território, sobretudo, mediando e dialogando o saber popular e o saber biomédico, isto é, atuando na transmissão horizontal da linguagem popular para a linguagem biomédica, ao nível da relação com os profissionais de saúde. Ademais, tentava reconstruir essa linguagem biomédica para a linguagem popular para que o sujeito/usuário (receptor ativo) pudesse melhor compreender seu diagnóstico de DM2 e seu adoecimento.

A ACS entendia que essas ações de cuidados estariam mais voltadas à prevenção da doença do que ao tratamento da DM 2 propriamente dito, o que corrobora com o fato de a visita domiciliar ser considerada atividade primordial do PSF e atribuição primeira da agente, destacando o conteúdo de orientação preventiva dessa visita (SILVA e DALMASO, 2002).

Na prática, as ações de cuidados à saúde se davam nas visitas domiciliares e nas suas caminhadas diárias, quando conversava com os usuários sobre seus cuidados e outros

assuntos relacionados à sua vida. Nas conversações, o sentido da prevenção seria o de evitar doenças, adoecimentos ou agravos. Isso era compreensível visto que os usuários, quando eram atendidos pela UBSF, já estavam em processo de adoecimento praticamente estruturado, isto é, com diagnóstico da enfermidade estabelecido pela presença da sintomatologia. Esse é um problema do sistema de saúde que, por questões diversas, ainda não dá conta de atuar de forma a promover a saúde e a prevenção do mal-estar, antes que esse se instale.

A prevenção das doenças e agravos à saúde para as ACS remetia, geralmente, ao modelo biomédico. As situações e comportamentos de risco psicológico (Calatayud, 2011), individuais, não foram diretamente identificados, mas foram, várias vezes, percebidos, implicitamente, quando a ACS narrava a experiência de sofrimento e problemas existenciais e subjetivos dos usuários. Quanto às situações de risco coletivo, a sensibilidade e a compreensão em relação aos problemas sociais e econômicos dos comunitários possibilitavam algumas inferências sobre as consequências dessas situações no processo de adoecimento. Quanto ao desenho das intervenções domiciliares, essa compreensão “psicológica” influenciava na regularidade das visitas, na participação de outros profissionais e na possibilidade de alguma articulação com outros serviços da rede de saúde.

Em suas conversações, a ACS geralmente dava espaço para a expressão da subjetividade do outro, de sua experiência cotidiana, histórica, de dor e aflição. As visitas domiciliares podem ser entendidas também como encontros intersubjetivos, os quais possibilitavam a coexistência de saberes e perspectivas diferenciadas (JOVCHELOVITH, 2008). Essa postura dialógica facilitava mediações, podia potencializar a rede de cuidados do usuário e de sua família, da vizinhança, do entorno ambiental e atuar como um elo de solidariedade com os profissionais da UBSF e com a população adstrita.

No processo dialógico, a ACS valorizava, ao mesmo tempo, a expressão do sofrimento e da sintomatologia da doença. No entanto, não parecia fazer uma articulação cognoscitiva entre as duas categorias. Aparentemente seria uma categoria separada da outra, como se fossem duas experiências diferentes, mas que eram consideradas como elementos que interferem na vida da pessoa, porém, sem uma ligação direta entre ambos. Os acontecimentos significativos de vida (MORALES CALATAYUD, 1997) pareciam ser entendidos como eventos que ocorrem no cotidiano, mas não se notou uma inferência direta com a doença.

Entretanto, a ACS relacionava, intuitivamente, vários fatores de risco à saúde que poderiam interferir na qualidade de vida e no processo de adoecimento, por exemplo: más condições de moradia, a falta de saneamento básico, situação socioeconômica precária, violência urbana e a existência de problemas familiares.

A expressão mais comum pela ACS foi a de “mudança de hábitos” ao invés de mudança de estilo ou modo de vida (MORALES CALATAYUD, 1997). Essa mudança de hábito mostrava-se com os principais eixos de sentido: a qualidade da alimentação, a realização de atividade física e o uso adequado da medicação. Apareciam como “hábitos necessários” que deveriam ser modificados ou iniciados e interiorizados para o controle da doença DM2.

A relação de confiança com a ACS, e também com os membros da equipe, favorecia o que se pode chamar de “ancoragem sistêmica”. Isto é, pensando na imagem de um barco. Esse precisa, em algum momento do seu curso, ser amarrado numa âncora para não ficar à deriva e manter certa estabilidade. Então, na medida em que o usuário é atendido em outro serviço que não seja a UBSF, ele se sentiria “à deriva”, “solto”, inseguro, precisando de algo que o reconecte e que lhe dê segurança. A relação de confiança com os membros da equipe, inclusive com a ACS, pode construir uma reconexão psicossocial em relação às prescrições em saúde de outros serviços ou consultas parciais, na medida em que os membros da equipe reconhecem e legitimam essas prescrições.

No enfoque psicossocial, a ancoragem “envolve atribuir significados ao objeto que está sendo representado” (HOWARTH, 2017, p. 223). O usuário atribui um “novo” significado às prescrições de profissionais de outros serviços, modificando a representação ainda “insegura” anterior, dando possibilidade de apreciação e avaliação em saúde ao sujeito. A noção de sistema remete a um conjunto de elementos representacionais organizados e interdependentes, possibilitando um fluxo de informações coerente. Sendo assim, por ancoragem sistêmica, entendemos que as diferentes prescrições passam a ter significado mais consistente, reconectando tanto significados fragmentados quanto os componentes de consultas pontuais e parciais.

Durante a pesquisa, não foi percebido o uso do termo utilizado em saúde mental: *projeto terapêutico* do sujeito/usuário. A noção de projeto remete a um planejamento de ações, que requer uma visão de integralidade dos cuidados à saúde, levando em consideração não somente os aspectos biomédicos, mas também a situação socioexistencial, de sofrimento

e a história de vida do usuário, tentando responder a curto e longo prazo às suas demandas de saúde (VIEIRA FILHO e NOBREGA, 2004). Essa noção poderia ampliar as discussões na equipe sobre os casos de DM 2 em acompanhamento pela UBSF e, sobretudo, ser entendido na articulação com o sistema familiar, podendo assim, superar algumas dificuldades em planejar ações intersetoriais, como por exemplo, com dispositivos como: centros de convivência para idosos, associações comunitárias, assim por diante.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicologia da saúde, na comunidade, atuando em campo investigativo na atenção básica, através da metodologia da observação participante, como se mostra nesta dissertação, pode contribuir tanto para o desenvolvimento de pesquisas nessa área quanto para a prática de cuidados da equipe da ESF, inclusive para operacionalização dos cuidados à saúde das ACS, particularmente no campo preventivo.

Silva e Dalmaso (2002) realizaram uma observação direta do trabalho de agentes comunitários de saúde atuando nas práticas de um determinado programa de saúde da família, sobretudo nas atividades que eles realizavam dentro da unidade, no domicílio e na comunidade. Puderam constatar que a maioria das atividades desenvolvidas por eles se davam fora da Unidade, tratando-se, principalmente, de visitas domiciliares ou outros tipos de interações em seus percursos no território. Perceberam, ainda, que essas visitas eram geralmente direcionadas a uma pessoa/usuário do domicílio, mesmo se houvesse outro atendimento dentro da mesma família no domicílio elas não focavam na dinâmica de cuidados do conjunto desse grupo. Essas constatações corroboram com os resultados gerais de nossa pesquisa, pois não somente as ACS, mas outros membros da equipe da UBSF focavam no indivíduo. Provavelmente, este seja um aspecto importante do modelo de atenção que ainda é influenciado pela perspectiva biomédica e que necessitaria de uma reflexão maior no sentido de incluir a dinâmica psicossocial da família nesse tipo de atenção.

Souza e Garnelo (2008), em uma pesquisa etnográfica sobre práticas sanitárias na atenção básica, especificamente, no Programa Hiperdia, em Manaus, também evidenciaram que os cuidados à saúde estavam mais voltados ao modelo biomédico. Constataram que os agentes de saúde da UBSF conheciam de forma abrangente o ambiente social da experiência cotidiana dos sujeitos/usuários da comunidade. Exemplificaram através de depoimento de um ACS que ele conhecia na intimidade o universo simbólico do usuário referente a seus hábitos alimentares, sua dieta, e explicitava que conhecendo a realidade social do mesmo ele não tinha condições de seguir as recomendações por falta de condições econômicas. Dizia que poderia explicar essa situação de dificuldade de alimentação ao médico. Entretanto, esse último profissional, segundo os autores, demonstrava pouco interesse em relação a este saber do ACS. E, se bem que os enfermeiros compartilhassem das informações dos ACS, em geral, eles não as assimilavam em suas rotinas de cuidados à saúde.

Em nossa pesquisa, as ACS, trabalhando no contexto do Programa Hiperdia, conheciam não só a experiência cotidiana dos usuários de forma abrangente, mas também se relacionavam de forma afetuosa e amistosa com eles. Tentavam compreender suas crenças, seus valores, suas dificuldades, seus enfrentamentos, suas potencialidades para melhorar seu estado de saúde, assim como sentidos e significados que atribuíam ao processo de adoecimento, dando voz à sua subjetividade e valorizando seus saberes.

Quanto ao médico da UBSF investigada, ele possibilitava um espaço de fala às ACS, tanto na Unidade quanto nas visitas domiciliares. Ele escutava o relato das situações de sofrimento/adoecimento dos usuários, dialogava com elas, perguntando sobre o seguimento do acompanhamento nas condições crônicas de DM2 e HAS. Ele também dava espaço para a escuta da interpretação das ACS sobre essa problemática, em particular, sobre o que elas tinham de conhecimento sobre os usuários e de suas narrativas sobre as relações de cuidado com eles. Diante do conjunto dessas informações, o médico dava orientações às ACS sobre o acompanhamento delas em relação aos usuários tanto para a visita domiciliar quanto para os atendimentos na UBSF.

A dinâmica interacional entre profissionais de enfermagem (enfermeira e técnicos de enfermagem) e ACS era de maior frequência e proximidade em comparação às relações das agentes com outros membros da equipe multidisciplinar da UBSF. Apesar de se perceber diferenças de entendimentos entre esses profissionais sobre o papel do ACS na atenção básica, o conhecimento trazido pelas agentes de saúde sobre o acompanhamento aos usuários era geralmente valorizado por esses profissionais e influenciavam suas ações no território, principalmente, no estabelecimento de prioridades e regularidade de visitas domiciliares e na articulação com outros serviços de saúde que pudessem de alguma forma contribuir com os cuidados.

Destaca-se a relevância de processos psicossociais percebidos como implícitos nas relações de cuidados à saúde das ACS com os sujeitos/usuários, principalmente, aqueles com DM2.

As ACSs não nomeiam explicitamente esses processos psicossociais. Esses aparecem quando elas conversam dialogando com os sujeitos/usuários sobre suas experiências de vida e de sofrimento cotidiano, não entrando, geralmente, de início em perguntas diretas sobre os sintomas da doença. Tem a sutileza e a habilidade de primeiro ouvir, com empatia, os problemas do outro e, depois, introduzir cordialmente questões biomédicas e sociais ligadas

diretamente à intervenção, à prevenção às condições crônicas de saúde e aos agravos da doença. Nesse sentido, seria importante tornar esses processos psicossociais explícitos, e refletir com elas, a partir de suas próprias práticas, para potencializar uma melhoria dos seus cuidados à saúde.

Nas relações entre ACS com os sujeitos/usuários, notavam-se processos de mediação subjacentes, entre o saber popular e o saber biomédico sobre a DM2. Percebe-se que elas reconstróem o saber médico-sintomatológico para o repertório do saber popular, tornando-o mais inteligível e compreensível aos sujeitos/usuários, nos limites de seu conhecimento, o que permite maior eficácia e rapidez na transmissão das mensagens ao “receptor-ativo” (sujeito/usuário). Possibilitando assim um diálogo efetivo nos cuidados à saúde, podendo esse processo comunicativo ser trabalhado pela psicologia da saúde no âmbito das práticas das ACS e em conjunto com a equipe da UBSF.

Nas visitas domiciliares, no território, as ACS tentavam perceber as situações *in vivo* dos quadros mais complicados do processo saúde/doença do usuário e também dos membros da família. Em seguida, elas faziam a “tradução” para a equipe, da linguagem popular do sujeito/usuário para o repertório popular-biomédico sobre DM2, o qual era objeto de reflexão da equipe e de operacionalização dos cuidados referente às prioridades e organização das visitas domiciliares (p.e., com o médico ou enfermeiro ou técnico de enfermagem, etc.).

Considera-se que seria importante introduzir na equipe a operacionalização do projeto de acompanhamento aos cuidados à saúde (singular e familiar) aos sujeitos/usuários em condições crônicas de adoecimento de DM2. Isso não quer dizer que esse projeto não seja, de certa forma, percebido pelos membros da equipe. Entretanto, não se observou uma sistematização clara do mesmo, no sentido de incluir os processos psicossociais, articulados diretamente ao saber/fazer da equipe multidisciplinar da UBSF. Provavelmente, esse “novo” saber/fazer possa contribuir para a interdisciplinaridade e para as ações da equipe de articulação intra e intersetoriais. Tudo isso facilitaria reflexões numa perspectiva mais integrativa, possibilitando pensar sobre outros contextos e processos psicossociais que afetam à saúde.

Entende-se que esta pesquisa pode contribuir para a psicologia da saúde em uma perspectiva comunitária e de característica descritivo-exploratório. Para um futuro planejamento, sugere-se a continuidade dessa investigação na atenção primária da saúde, e

para o aprofundamento teórico dos processos dialógicos, implícitos e explícitos, nas relações de cuidados das ACS em sua prática cotidiana.

7 REFERÊNCIAS

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, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Standards of medical care in diabetes*. Diabetes Care, vol 34, Suplemento 1, 2011.

ANDRADE, Viviane Milan Pupin. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: concepções de profissionais e usuários*. Tese. USP: Ribeirão Preto, 2013.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. *Atlas de la diabetes de la FID*. Séptima Edición, 2015.

BATISTA, Patricia Serpa da Souza. A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. *Revista APS*. v.10, n.1, p. 74-80, jan./jun. 2007.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, Diabetes Mellitus*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 16, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde da Saúde, 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 39. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, v.1, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Técnica*. Março, 2016. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acessado em 18 de julho de 2017.

CAMPBELL, Catherine e CORNISH, Flora. Reimagining community health psychology: maps, journeys and new terrains. *Journal of Health Psychology*, 19 (1). 2014. p. 3-15.

DAVID, H. M. S. L. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: MIALHE, Fábio Luiz (Org.). *O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas*. SP, Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 52-82.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, 6-12 de setembro, URSS: Alma-Ata, 1978.

DÍAZ NOVÁS, J.; MORALES CALATAYUD, F. **Acontecimientos que producen tensión, apoyo social y afectación de la salud en una muestra de población urbana**. Revista Cubana de Medicina General Integral, vol. 6, n. 3, p. 363-370, 1990.

DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA COM ACORDO ORTOGRÁFICO. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/descompensação>>. Acessado em 19 de março de 2017.

ENGEL, G. **The need for a new medical model: A challenge for biomedicine**. Science, 196(4286), 129-136, 1977.

FRANCO, T.B.; BUENO W.S. e MERHY, E.E. Acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 15, nº 2, 1999, pp. 345-53.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação**. 13ª. Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. 13ª. Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GRAU ABALO, J.; MELÉNDEZ, E. Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales. In: Hernández, E., Grau, J. (Org.) **Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones**. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 2005, 33-84.

GRAU ABALO, Jorge A; INFANTE PEDREIRA, Olga E; DIAZ GONZALEZ, Jorge A. Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. **Pensamiento Psicológico**, Calidad, v. 10, n. 2, p. 83-101, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 de junho de 2017.

GRAU ABALO, Jorge Amado, MARTÍN ALFONSO, Libertad de los Ángeles, ESPINOSA BRITO, Alfredo Darío. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol. 40. núm. 2, pp. 225-238. Sociedad Cubana de Administración de Salud, La Habana, Cuba, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21431239007>>. Acessado em 31 de outubro de 2016.

HÜBNER, L.C. M.; FRANCO, T. B. **O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):173-191, 2007.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, P. A., JOVCHELOVITCH, S. (Eds.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 63-85.

_____. **Os Contextos do Saber: Representações, comunidade e cultura**. Petrópolis: Vozes, 2008.

JOVCHELOVITCH, Sandra.; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: MARTIN W. BAUER; GEORGE GASKELL (Eds.) **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LÓPEZ RAMÓN, Concepción; ÁVALOS GARCÍA, María Isabel. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. **Revista Cubana de Salud Pública**, vol. 39, núm. 2, pp. 331-345. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba, 2013.

LOURO BERNAL, Isabel et al. Formação de recursos humanos em psicologia de la salud a partir de 1959 en Cuba. **Revista Cubana Salud Pública**. Ciudad de la Habana, v. 35, n.1. março, 2009, p. 2. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_1_09/spu06109.htm>. Acessado em 21 de janeiro de 2016.

MARTINO, L. M. **Teoria da comunicação: ideias, conceitos e métodos**. 5ª edição. RJ: Vozes, 2014.

MATARAZZO, J. **Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional Psychology**. American Psychologist, v.37. Nova York: 1980.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. 1ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

MORALES CALATAYUD, F. **Introducción al estudio de la psicología de la salud**. México: Editorial Unison, 1997.

_____. La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. **Estudos de Psicologia** [en línea] 2011a, 16 (Enero-Abril). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26119145004>> ISSN 1413-294X. Acessado em 19 de dezembro de 2016.

_____. 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, 2011b. p 19- 26.

MOYSES, S. J. A saúde da família no Brasil e seus agentes. In: MIALHE, Fábio Luiz (Org). **O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas**. SP, Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

OMS. **Atención primaria de salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. Ginebra: OMS, 1978.

_____. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud. **Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud**. Río de Janeiro, 2011.

PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acessado em 15/01/2016.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. Trab. educ. saúde (Online), v. 8, n. 3, p. 387-406. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 Janeiro de 2017.

SÉVIGNY, Robert. Experiência. In: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E. e LÉVY, A.(Orgs.). **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa: CLIMEPSI, 2005, p. 81-85.

SILVA, J. A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rj: Editora Fiocruz, 2002.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. "**É muito dificultoso!**": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp.s91-s99. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300014>>. Acessado em 15/05/2017.

THIOLLENT, Michel. Estratégia de conhecimento. In: **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v6, n10, p75-94, 2002.

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.

_____. O processo dialógico na atenção terapêutica psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. In **Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire**. João Pessoa: Editora UFPB, 2003.

_____. Introdução. In: VIEIRA FILHO, Nilson Gomes (Org.). **Psicologia da saúde**. Manaus: EDUA, 2012. p. 13-19.

VIEIRA FILHO, N.G.; NOBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos psicológicos**, Natal, v.9, n.2, p. 373-379, Agosto de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 10 de fevereiro de 2017.

VIEIRA FILHO, N. G.; TEIXEIRA, V.M.S. **Observação clínica: estudo da implicação psicoafetiva**. *Psicol. estud.* [online], vol.8, n.1, pp.23-29. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000100004>>. Acessado em 15 de setembro de 2016.

WALLSTON, KENNETH A. **A history of Division 38 (Health Psychology): Healthy, wealthy, and Weiss**. Dewsbury, Donald A. (Ed), (1997). *Unification through division: Histories of the divisions of the American Psychological Association*, Vol. 2. , (pp. 239-267). Washington, DC, US: American Psychological Association, xi, 325 pp. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/10234-009>>. Acessado em 15 de janeiro de 2016.

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

Anexo A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Agente Comunitário de Saúde

Prezado(a) Senhor(a),

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada: **O processo dialógico entre agentes de saúde e sujeitos com diabetes mellitus 2(DM2) na estratégia saúde da família em Manaus**, que tem como objetivo principal investigar o processo dialógico dos agentes comunitários de saúde em relação aos sujeitos com DM2, acompanhados por uma equipe de estratégia saúde da família, por meio de uma observação participante, em uma unidade básica de saúde no município de Manaus. A realização dessa pesquisa traz como importância a possibilidade de contribuir para a elaboração de estratégias e políticas públicas em saúde, mais especificamente para a diabetes mellitus tipo 2, pensadas a partir de demandas reais e das práticas de cuidado observadas. Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir ser acompanhada em sua rotina de trabalho, e colaborar, sempre que possível, dando informações sobre suas atividades laborativas, compartilhando ideias e experiências sobre os cuidados prestados aos sujeitos/usuários com DM2 em acompanhamento na UBSF, no intuito de facilitar o processo de reflexão e construção compartilhada. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Os riscos possíveis a partir da realização desta pesquisa dizem respeito a supostos conflitos nas 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 da UBSF, para que os encaminhamentos e decisões, pensados de forma coletiva, e compatíveis com os critérios éticos e científicos possam ser adotados. Caso algum sujeito da pesquisa sinta-se mobilizado emocionalmente ou constrangido por sua participação, devido à evocação de memórias ou conflitos que possam emergir nas relações institucionais, o pesquisador responsável compromete-se a disponibilizar escuta qualificada a fim de facilitar o processo de elaboração psíquica ao participante, ou realizar encaminhamento aos serviços especializados da Universidade Federal do Amazonas no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA), localizado na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, telefones (092)3305-4121 e 99314-4121, ou encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, mais próximo da residência. Quanto aos danos materiais, em consonância com as exigências da Res.466/2012, 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 da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 991224816, ou no endereço do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, através do endereço: Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário - Bairro Coroado I.

Sua participação é de caráter sigiloso, isto é, seu nome e endereço serão preservados e não poderão ser divulgados pela pesquisadora em qualquer hipótese. Somente com o seu consentimento suas contribuições poderão ser gravadas e quando as gravações forem autorizadas, você terá direito a receber cópia da transcrição das fitas gravadas durante as reuniões de restituição dos resultados parciais deste estudo. O local e a data de realização das reuniões serão escolhidos em consenso com os demais participantes, segundo a disponibilidade de todos. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não ganhará nada.

 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 da pesquisa, 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

_____/_____/_____
 Pesquisador Responsável