

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E A BUSCA
POR CUIDADO EMPREENDIDA PELA PESSOA COM
*DIABETES MELLITUS***

ANA PAULA SILVA DE FARIA

CUIABÁ - MT
2007

ANA PAULA SILVA DE FARIA

**A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E A BUSCA
POR CUIDADO EMPREENDIDA PELA PESSOA COM
*DIABETES MELLITUS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Enfermagem, da UFMT, como
requisito para obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.

Área de Concentração: Processos e práticas
em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roseney Bellato

CUIABÁ - MT

2007

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por meio de qualquer fonte convencional ou eletrônica, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Faria, Ana Paula Silva de

A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus* / Ana Paula Silva de Faria; orientadora: Roseney Bellato. - Cuiabá - MT, 2007.

224p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

1. *Diabetes mellitus* 2. Enfermagem 3. Práticas de Saúde.

ANA PAULA SILVA DE FARIA

**A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E A BUSCA POR CUIDADO
EMPREENHIDA PELA PESSOA COM *DIABETES MELLITUS***

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção de título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 18 de Dezembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, área de concentração: Processos e Práticas em saúde e enfermagem.

Dr.^a Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr.^a Roseney Bellato
FAEN/ UFMT – Orientadora

Dr.^a Reni Aparecida Barsaglini
ESP – SES/MT

Dr.^a Laura Filomena S. de Araújo
FAEN/ UFMT

Dr.^a Sonia Ayako Tao Maruyama
FAEN/UFMT

CUIABÁ - MT
2007

Dedico este estudo a todas as pessoas com diabetes mellitus que desejam se sentir acolhida e compreendida no seu modo de viver com essa condição crônica.

Agradecimentos

Nesse instante, agradeço a Deus pela oportunidade de poder comemorar hoje mais uma vitória.

Quero agradecer ao Sr. Pedro e a sua família pela oportunidade de poder aprender como é o cotidiano de quem vivencia a cronicidade do diabetes mellitus. Sem a sua permissão e colaboração, não teríamos compreendido e realizado este estudo. Sr. Pedro, obrigada! Juntos, através deste estudo, pudemos ampliar o conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas por pessoas que possuem o diabetes mellitus como parte de seu viver.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Roseney Bellato pela convivência maravilhosa de constantes trocas e crescimento mútuo. Nesse cotidiano compartilhado foi sendo tecida também a nossa amizade e a admiração que tenho por você. E “quando eu crescer quero ser que nem você!” Obrigada por tudo! Essa vitória também é sua. Beijos!

À Prof.^a Dr.^a Laura Filomena dos Santos Araújo pelas inúmeras contribuições para a concretização deste estudo. “Você é tudo de bom”.

À Prof.^a Dr.^a Sonia Ayako Tao Maruyama pela contribuição a este trabalho e pelas palavras de incentivo.

À Prof.^a Dr.^a Reni Aparecida Barsaglini, que recentemente descobri que somos colegas de SES/MT, e que trouxe novos elementos a serem aprofundados a partir deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Aldenan Ribeiro Lima Correa da Costa, e da Prof.^a Dr.^a Solange Pires Salomé de Souza que colaboraram para a construção deste estudo e pelos momentos compartilhados no nosso virtual “Tchá com bolo metodológico”.

Às Professoras do Programa de Mestrado em Enfermagem da FAEN/UFMT pelo aprendizado compartilhado.

Às minhas colegas do mestrado pela convivência e pela amizade. Um abraço carinhoso a todas vocês! Saudades.

À minha colega e amiga Elizabeth Jeanne Fernandes dos Santos. Uma linda amizade que foi brotando gradativamente à medida que fomos compartilhando estudos e orientações recebidas. “Beth, querida! Obrigada pela sua confiança, apoio e amizade. Beijos!

À minha colega e amiga Rosangela de Oliveira. Compartilhamos muitas horas de estudo, discussões on line via MSN, sempre conectadas. Compartilhamos, também, as dificuldades, as dúvidas e as descobertas que vieram de nossos estudos. Vivenciamos cada fase do mestrado juntas e, principalmente, a fase de conclusão destes quase 02 anos dedicados as nossas pesquisas. O seu apoio foi muito importante para a concretização deste estudo, pois a cada momento de cansaço, de estresse e de dúvidas, você foi uma das pessoas que me motivava a continuar e a seguir em frente. “Rosangela, querida! Obrigada pela sua amizade, apoio e confiança”. Beijos!

Aos membros do Grupo da Pesquisa da “BR 163” pelo convívio nesses quase dois anos.

À Geovana Hagata de Lima Souza Thaines e à Leandro Felipe Mufato, alunos da graduação em enfermagem da UFMT, que eu tive o prazer de acompanhar e de colocar em prática o ofício de ser professora, orientadora e pesquisadora. Aprendemos juntos!

À Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/ MT) pela oportunidade de dedicação integral aos estudos.

Aos meus colegas do CERMAC – SES/MT.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

A Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso/ MT pelo apoio dado à realização do trabalho de campo.

Ao meu querido amigo, Antonio Carlos Gargioni Filho, sem a sua ajuda e apoio, uma parte deste estudo não teria sido concretizada. Obrigada pela sua amizade de longas datas. É muito bom saber que eu posso contar com você. Beijos!

*Um agradecimento mais do que especial **aos meus pais, Nelson e Ivaldete**, pelo incentivo e apoio não só a mim, mas, também, ao meu filho. Sem vocês eu não teria conseguido. Essa vitória também é de vocês. Amo vocês! **Celebremos! Hoje é dia de alegria!***

À minha querida irmã, Ana Carolina**, sem a sua ajuda e sem o seu apoio uma parte deste estudo não teria sido concretizado. Além disso, compartilhamos juntas os nossos medos e as nossas angústias como mestrandas, porém, em áreas diferentes. Maninha! Pode ter certeza que tudo isso vale a pena. Obrigada pelo apoio e pelo amor que você tem pelo nosso João Pedro. Você é a segunda mãe dele. Você é a “dinda” querida que meu filho tanto adora e respeita. Te adoro muito! **E vamos comemorar juntas!

Ao meu amado filho, João Pedro, força do meu viver. Meu grande motivador.** Obrigada pelas suas doces palavras “mamãe pode continuar estudando que eu vou brincar”. Muitas vezes, a mamãe não pôde brincar e nem passear com você. Mas, agora é hora de brincar, de passear e de nos divertimos. Agora é hora, também, de falarmos bem alto que “**nós vencemos**”, pois essa vitória, eu dedico a você, meu amor. **Te amo, meu filho!

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste estudo.

***“A vida, de certo modo, não passa de uma
sucessão de instantes eternos que convém viver
aqui e agora, da melhor maneira possível”.***

(Michel Maffesoli)

FARIA, Ana Paula Silva de. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus***, 2007. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 224p. Orientadora: Dr.^a Roseney Bellato.

RESUMO

Este Estudo de Caso tem por objetivo compreender a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida por uma pessoa com diabetes mellitus, procedente do município de Sorriso/ MT, e a maneira como os serviços de saúde por ela buscados efetivam as práticas profissionais de atenção e de gestão, de modo a responder às suas necessidades de saúde. O referencial metodológico empregado foi da História de Vida Focal operacionalizada pela Entrevista em Profundidade, e Materialidade das Práticas apreendidas através da observação e da obtenção de registro de imagens fotográficas. Como eixo teórico principal, empregamos referenciais sobre o cotidiano, na abordagem compreensiva de Michel Maffesoli e a integralidade em saúde que nos apoiassem na compreensão da vivência da pessoa com diabetes mellitus e das práticas profissionais a ela voltadas. Para organização e análise dos dados utilizamos as ferramentas do Itinerário Terapêutico nas suas dimensões temporal e espacial. A discussão e análise dos dados foram organizadas através dos seguintes temas: A vivência da condição crônica do *diabetes mellitus*: o contexto de vida e a repercussão da doença no cotidiano de quem a experiencia; A implicação da organização dos serviços de saúde na busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro: indagamos como as práticas disponibilizam o cuidado e os efeitos que elas produzem tanto na construção da experiência de adoecimento quanto na busca por cuidados empreendida pela pessoa doente; O Itinerário Terapêutico possibilitando a compreensão da integralidade na atenção à saúde na condição crônica do *diabetes mellitus*: O Itinerário Terapêutico é apresentado como eixo tensionador da lógica do Sr. Pedro e da lógica dos serviços de saúde ao ofertar atendimento as suas necessidades de saúde, sendo por nós experimentados como uma prática avaliativa em saúde. Da articulação desses três temas pudemos compreender que as repercussões da condição crônica do diabetes mellitus na vida cotidiana da pessoa, sujeito em nosso estudo, adquirem várias formas, seja em relação às fases de agudização da doença que se tornaram frequentes, seja pelas conseqüências das complicações dela decorrentes, sendo que a ela cabe o grande ônus de gerenciar tal condição, suas conseqüências e o cuidado que exige. Em relação às práticas profissionais de atenção e de gestão desenvolvidas pelos profissionais de saúde foi possível evidenciar que estes desconsideram as reais necessidades de saúde de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. Esse distanciamento reflete na exclusão dessas pessoas da construção e do gerenciamento do cuidado à condição crônica nas unidades de saúde. Entendemos que não é possível construir práticas profissionais cuidativas que desconsideram a experiência cotidiana de vida e de saúde da pessoa a ser cuidada, assim como não é possível propor tais práticas sem que haja a participação ativa da pessoa sobre a qual irá incidir as decisões aí tomadas. A autonomia que pensamos não está no fato de poder decidir e executar sem a presença do outro, mas de compartilhar a decisão e a execução com o outro.

Palavras - chaves: *Diabetes Mellitus*; Enfermagem; Práticas de Saúde

FARIA, Ana Paula Silva de. **The experience of illness and the search for care on the person with *diabetes mellitus***, 2007. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Post Graduated in Nursing, University Federal of Mato Grosso, College of Nursing, Cuiabá, 224p.
Advisor: Roseney Bellato, Dr.

ABSTRACT

The Case Study aims the understanding on the experience of illness and the search for care undertaken for the people with *diabetes mellitus*, from the city of Sorriso/MT, as well as way the health services were brought to him by the health attention and the management of health professionals manners to answer their health necessity. The methodologic reference used was The Life Focus Story, a deep interview and the practices materiality grasped through of observation and the acquisition of photographic images. We used studies about daily, in the understanding approach of Michel Maffesoli and the Integrality (comprehensiveness) in health which has got a support to understand the experience of the person with *diabetes mellitus* and professional practices offered him. For organizing the analysis the information we used the therapeutical itinerary in the space and time dimensions. The discussion of information collected was organized through the following subjects: the experience of chronic condition of *diabetes mellitus*: the context of life and the repercussion of the illness for those who experience; the implication of health organization services on the search for care undertaken by Mr. Pedro: we asked how this practice allows appropriate attention and the effect that they produce in such way in the construction of the live illness and on the search of care by the sick person; the therapeutical itinerary making it possible the understanding of the Integrality (comprehensiveness) of the health attention in the chronic condition of *diabetes mellitus*: the therapeutical itinerary is presented as the vertex for Mr. Pedro and the logic of the health services when offering the care of his necessities of health, which for us is a very used tool in health evaluation. The articulation of these three subjects have been understood that the repercussion of the chronic condition of diabetes mellitus in the daily life of the person, subject in our study, acquires some forms, either in relation of acute phase of the illness that has become frequent somehow, either for the consequences of the recurrent disease, the one which is held responsible of such condition, its consequences and the care that it demands. In relation to the attention and management developed by the health professionals, the distance between the professional and the patient was evident, on the way that the person's health necessity, unknown for the professionals, are still not considered in the construction of the care in the health department units. We understand that it is not possible to construct care professional practice who disrespect the daily situation of life and health of the person, as well as it is not possible to consider such practice without the active participation of the person on which the decision will be made. The autonomy that we think is not in the fact of being able to decide and to execute without the presence of the other, but to share the decision and the execution with the other.

Key words: *Diabetes Mellitus*; Nursing; Health Practices

FARIA, Ana Paula Silva de. **La experiencia de adolecimiento y la búsqueda para el cuidado emprendida pela persona con *diabetes mellitus***, 2007. Disertación. (Máster en la enfermería). Curso del título de Másteres en la enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Facultad de Enfermería, Cuiabá, 224p.

Orientadora: Dr. ^a Roseney Bellato.

RESUMEN

Este Estudio de Caso que tiene por objetivo comprender la experiencia del adolecimiento y la búsqueda por cuidado emprendida por una persona con diabetes mellitus, procedente del municipio de Sorriso/ MT, bien como la manera como los servicios de salud para ella buscados efectúan la prácticas profesionales de atención y de gestión de modo a responder las suyas necesidades de salud. El referencial metodológico usado fue el de la Historia de Vida Focal, operacionalizada pela entrevista en profundidad y de la materialidad de las prácticas aprehendidas a través de la observación y la obtención de imágenes fotográficas. Como coordenada principal, utilizamos referenciáis sobre el cotidiano bajo la óptica de Michel Maffesoli y la integralidad en salud que apoyársenos en la comprensión de la vivencia de la persona con diabetes mellitus y de las prácticas profesionales a ella regreso. Para organización y análisis de los datos utilizamos las herramientas del itinerario terapéutico en sus dimensiones temporal y espacial. La discusión y análisis de los datos fue organizada a través de los siguientes temas: la vivencia de la condición crónica del *diabetes mellitus*: el contexto de la vida y la repercusión de la enfermedad del diario adentro quién la experiencia; la implicación de la organización de los servicios de la salud en la búsqueda para el cuidado emprendido para Sr. Pedro: investigamos como estos el disponibilizam práctico la atención y el efecto que producen de tal manera en la construcción de la experiencia del adoecimiento cuánto en la búsqueda para los cuidados emprendidos por la persona enferma; El itinerario terapéutico haciendo posible la comprensión de lo completo en la atención en salud en las condiciones crónicas del *diabetes mellitus*: El itinerario terapéutico se presenta como árbol del tensionador de la lógica de Sr. Pedro e lógica de los servicios de la salud al ofrecer a atención sus necesidades de la salud, estando para nosotros como una práctica avaliativa en salud. De la articulación de estos tres temas podemos comprender que las repercusiones de la condición crónica del diabetes mellitus en la vida cotidiana de la persona, sujeto en nuestro estudio, adquiere varias formas, sea en relación las fases de agudização de la enfermedad que se hacen frecuentes, sea pelas consecuencias de las complicaciones de ella transcurrido, siendo que a ella que cabe la gran responsabilidad de administrar tal condición, sus consecuencias y el cuidado que exige. En relación a las prácticas de atención y de la gerencia desarrolladas pelos profesionales de salud que fue posible evidenciar que estos desconsideran las reales necesidades de salud de quién vivencia la condición crónica del diabetes mellitus. Ese distanciamiento refleje en la exclusión de esas personas en la construcción y no gerenciamiento de lo cuidado a la condición crónica en las unidades de salud. Entendemos que no es posible construir prácticas profesionales cuidativas de desconsideran la experiencia cotidiana de vida y salud de la persona a ser cuidada, así como no es posible proponer tal prácticas sin que haya la participación activa de la persona sobre quien irá incidir las decisiones tomadas. La autonomía que pensamos no está en el facto de poder decidir y ejecutar sin la presencia de lo otro, pero de compartir la decisión y la ejecución con lo otro.

Palabras - claves: *Diabetes Mellitus*; Enfermera; Práctico de salud

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas de Cuiabá
CER	Central Estadual de Regulação
CERMAC	Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade
CREM	Centro de Referência para Especialidade Médica
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública “Dr. Agrícola Paes de Barros”
FAEN	Faculdade de Enfermagem
GPESC	Grupo de Pesquisa “Enfermagem, Saúde e Cidadania
GEPLUS	Grupo de Pesquisa "Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde"
HA	Hipertensão Arterial
HiperDia	Sistema de Informação para cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou <i>diabetes mellitus</i> .
HPSMC	Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá
HRS	Hospital Regional de Sorriso
HUJM	Hospital Universitário Júlio Müller
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Nacional
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Plano de Pactuação Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SES/MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	
2.1 O <i>diabetes mellitus</i> como um problema de saúde e social.....	24
2.2 A condição crônica do <i>diabetes mellitus</i>	31
2.3 A Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.....	38
3. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral.....	42
3.2 Objetivos específicos.....	42
4. O PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
5. A VIVÊNCIA DA CONDIÇÃO CRÔNICA DO <i>DIABETES MELLITUS</i>	
5.1 O contexto de vida.....	65
5.2 A repercussão da condição crônica no cotidiano de quem a experiencia	79
6. A IMPLICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA BUSCA POR CUIDADO EMPREENDIDA PELO SR. PEDRO	
6.1 A organização regional e local dos serviços de saúde no município de Sorriso conformando, a prática do controle em saúde.....	95
6.2 A regulação em saúde no município de Sorriso/ MT e sua implicação na busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro.....	111
6.3 A prática médica no município de Sorriso e a maneira como apreende os problemas de saúde da pessoa com <i>diabetes mellitus</i>	120
6.4 A prática de educação em saúde.....	132
6.5 A prática de enfermagem.....	139

6.6 A prática do agente comunitário de saúde.....	151
7. O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO POSSIBILITANDO A COMPREENSÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE NA CONDIÇÃO CRÔNICA DO <i>DIABETES MELLITUS</i>.....	156
8. ALGUMAS CONCLUSÕES E AS PERSPECTIVAS QUE APONTAM.....	197
REFERÊNCIAS.....	202
ANEXOS.....	214
APÊNDICES.....	221

1. INTRODUÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado é parte integrante do Projeto de Pesquisa: “O ATENDIMENTO AOS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE E DA RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”¹ que tem como foco apreender a lógica do usuário que busca atendimento para suas necessidades de saúde e como estão sendo ofertadas as práticas profissionais de atenção e de gestão para aqueles que necessitam de cuidado.

O estudo maior delineia no percurso metodológico a seleção de sujeitos com perfis que respondessem ao critério de ser procedente de um dos municípios eleitos, ou de outros a eles consorciados, pertencentes à área de abrangência da BR 163 em Mato Grosso, e que estivesse hospitalizada em Cuiabá por apresentar sério agravo à saúde, que poderia ter sido evitado através de uma assistência eficaz no início do seu aparecimento, caracterizando-se o que o Ministério da Saúde (MS) denomina de evento-sentinelado (BRASIL, 2004).

Dentro dessa perspectiva, selecionamos uma pessoa do sexo masculino, 54 anos de idade, procedente do município de Sorriso/MT, internada no Hospital Universitário Júlio Muller (HUFM) em Cuiabá/ MT, cujo motivo de internação foi devido a complicações do *diabetes mellitus*. Essa escolha, além de responder aos critérios de seleção de sujeitos da pesquisa maior, também foi intencional devido ao fato da pessoa ser adulta com doença crônica, considerando

¹ Sub-Projeto II no âmbito da Pesquisa “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso” que tem como objetivo geral apreender os desafios e perspectivas do SUS em responder à atenção à saúde da população residente nos municípios selecionados na área de abrangência da BR 163, no Estado de Mato Grosso, sob a perspectiva: do processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF); da materialidade das práticas profissionais, assim como da lógica de quem busca por atendimento nos serviços de saúde. Tal pesquisa é financiada pelo CNPq sob o nº 402866/2005-3 – Ed 342005-BR163 2aEt/Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 34/2005 – Área de influência da BR 163; desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFMT e Grupos de Pesquisa “Enfermagem, Saúde e Cidadania” (GPESC) e “Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde” (GEPLUS) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

que na minha atuação como profissional tenho trabalhado junto a pessoas com essas características. A partir da apreensão dos dados junto a essa pessoa, através da abordagem metodológica da História de Vida Focal sobre sua experiência de adoecimento e busca por cuidado, foram selecionados os serviços de saúde por ela acessados no município de Sorriso/ MT, sobre os quais foram feitas observações de práticas profissionais de atenção e de gestão voltadas ao cuidado à pessoa com *diabetes mellitus*, procurando apreender de que modo e em que medida, essas práticas dão conta das necessidades de saúde dessa pessoa.

De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b), as práticas profissionais de atenção e de gestão a esses agravos são realizadas na Atenção Básica onde deveria haver um percentual de resolutividade de 65% dos casos identificados. Para avaliar as ações em saúde, o Ministério da Saúde realiza práticas avaliativas baseadas em indicadores de saúde, sendo que o evento-sentinela é considerado por este como um indicador de monitoramento “[...] da ocorrência de situações evitáveis - doenças, complicações, incapacidades e mortes visando avaliar as repercussões das ações realizadas” (BRASIL, 2004, p. 59), desenvolvido e aplicado na Atenção Básica.

Nessa perspectiva de avaliação e, inclusive, do planejamento das ações em saúde voltados a esses dois agravos, foi implantado o Sistema HiperDia² com o objetivo de cadastrar os usuários identificados nas campanhas de detecção de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* e de vinculá-los às unidades básicas de saúde para acompanhamento e monitoramento desses agravos na Atenção Básica, mais especificamente, no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c; 2005). Foram ainda estabelecidos critérios para avaliação e acompanhamento dos usuários, assim como a criação de uma rede de serviços que consiga realizar a referência e a contra-referência para as pessoas com *diabetes mellitus*, baseada na proposta de linha de cuidado conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001a; 2005).

² Sistema de Informação para cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*.

Para atender a demanda da população no interior do Estado, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) procurou estruturar e fortalecer a rede de atenção à saúde através da criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) e da oferta de suporte técnico aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, com o objetivo de efetivar a regionalização e a descentralização das ações em saúde (MATO GROSSO, 2004), inclusive para o *diabetes mellitus*.

Buscou-se, com isso, regulamentar um sistema de saúde pautado no atendimento à integralidade e à resolutividade as pessoas com *diabetes mellitus*, evitando deslocamentos desnecessários ao município de Cuiabá/ MT, configurado como município pólo da região da baixada cuiabana e referência estadual para os casos de média e alta complexidade, tanto para os municípios dessa região, como para os demais municípios do Estado.

Entretanto, na minha prática diária como Enfermeira e, recentemente, como Gerente do Ambulatório de Cardiologia e Endocrinologia do Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade (CERMAC)³, tenho observado que a atenção ao *diabetes mellitus* tem sido eminentemente prescritiva, normatizada e centrada na doença e não na experiência de adoecimento vivenciada pela pessoa com esse agravo. Essa constatação se dá pela centralização do atendimento às pessoas no que se refere à aquisição e oferta de medicamentos, orientações para mudança do estilo de vida, realização de exames de monitoramento e de controle do *diabetes mellitus*. Tenho observado, ainda, que muitas pessoas estão sendo encaminhadas à referência secundária (média complexidade) para tratamento e avaliação das complicações agudas (internação por cetoacidose diabética) e/ ou por complicações crônicas (doenças cardiovasculares, nefropatia diabética, retinopatia diabética, pé diabético, entre outras).

Essas complicações têm surgido de forma precoce, sendo que poderiam ter sido evitadas ou retardadas desde que essa pessoa recebesse o cuidado necessário com base nos princípios da integralidade e da resolutividade em todos os níveis de atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como pilar do tratamento e a capacidade de resolver 65% dos casos diagnosticados (BRASIL, 2001b). O cuidado à

³ Unidade ambulatorial de referência estadual da SES/ MT que oferece atendimento, nesses níveis, às pessoas com *diabetes mellitus* das mais diversas faixas etárias e cidades do Estado.

pessoa com *diabetes mellitus* na Atenção Básica implica, necessariamente, no estabelecimento de vínculo e valorização da experiência de adoecimento com apreensão do significado da doença no cotidiano da pessoa, pois é nesse espaço/tempo que ela constrói conhecimentos e sentidos em relação à doença e a forma de conviver com a mesma.

Com base nessa vivência profissional, e à medida que as discussões do projeto de pesquisa maior foram crescendo dentro do grupo de trabalho, senti a necessidade de ampliar e aprofundar o meu olhar sobre a condição crônica do *diabetes mellitus*, em especial, quanto à repercussão que esta promove na vida das pessoas e de suas famílias. Interessei-me, também, por compreender de que maneira os serviços de saúde se organizam para oferecer cuidados a essas pessoas de modo a responder as suas necessidades.

Passei a me interessar por saber mais sobre a condição crônica considerada como uma situação inevitável que, devido à mudança do perfil epidemiológico, demográfico e das condições socioeconômicas, dentre outros fatores, tem tido um crescimento vertiginoso em todo o mundo, inclusive, no Brasil. Em decorrência disso, há cada vez mais, uma tendência das pessoas em utilizar o sistema de saúde em virtude da doença e das complicações de agravos à saúde que poderiam ter sido amenizadas ou evitadas (OMS, 2003).

O *diabetes mellitus* é uma doença alarmante devido ao aumento de sua incidência, e tem crescentemente levado a um maior consumo dos serviços de saúde, pois, promove na pessoa a perda parcial e/ ou total de sua capacidade funcional, repercutindo de maneira intensa em sua vida e de sua família e nos gastos com a Seguridade Social, dentre outras (BRASIL, 2006a). A atenção à saúde para esse agravo, assim como para os demais que se caracterizam como condição crônica, ainda é proporcionada de forma fragmentada e reducionista, sem integração entre os níveis de atenção, colocando em questionamento a resolutividade e a integralidade na atenção à saúde e na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Essa situação se deve, principalmente, ao fato de as práticas profissionais de atenção ao *diabetes mellitus* serem ainda prescritivas e centradas em protocolos fixos de orientação quanto à reeducação alimentar, realização de atividade física, cuidados com a medicação, particularmente a insulina. As práticas de

educação em saúde têm se limitado a repassar informações sobre o agravo com base na perspectiva do profissional de saúde e não da pessoa doente, “[...] buscando encontrar caminhos para promover maior aderência ao tratamento” (SILVA, 2001, p. 16). Em tais informações e nas ações que delas resultam é valorizado, principalmente, o conhecimento biomédico, em detrimento do conhecimento tácito que as pessoas com *diabetes mellitus* constroem no seu cotidiano.

Percebo que as práticas de atenção destinadas às pessoas com *diabetes mellitus* insistem na manutenção e reprodução de ações reducionistas que focalizam o controle e monitoramento do agravo, e na transmissão vertical de informações. Os profissionais desconhecem, portanto, que muitas das dificuldades que essas pessoas experimentam no seu cotidiano são resultantes de práticas profissionais de atenção que não fazem sentido para elas, pois são realizadas de forma impositiva, sem considerar a realidade vivida por essas pessoas.

Pensando em todos os elementos aqui apontados, passei a compreender o *diabetes mellitus* não como uma doença crônica, mas como uma condição crônica, pressupondo a necessidade de repensar tanto a maneira como esse agravo incide e repercute na vida das pessoas com *diabetes mellitus* e de suas famílias, as profundas mudanças em seu cotidiano e em sua saúde, como também os modos como estão sendo organizadas e ofertadas as práticas de atenção à saúde, seja na Atenção Básica e nos demais níveis de complexidade.

Passei a considerar, então, que para compreender as necessidades de saúde das pessoas que vivenciam a condição crônica do *diabetes mellitus* precisaria focar na dimensão do seu cotidiano, pois é nesse espaço / tempo próprio que as mesmas enfrentam as muitas dificuldades advindas dessa condição, sendo que o modo como encontram, ou não, solução para resolvê-las pode estar contribuindo negativamente para a aceitação do *diabetes mellitus* como parte de seu viver (SANTANA, 2000; SILVA, 2001, PENNA, 2007).

Parti do pressuposto de que a experiência de adoecimento é tecida nesse cotidiano, onde os sentidos e significados são elaborados diante do modo como as pessoas vivenciam a condição crônica do *diabetes mellitus*. Neste estudo, a concepção de experiência é assumida com base em Maffesoli (2007), ou seja, ela nada mais é do que esta vida do dia-a-dia, com toda a sua carga das minúsculas ações

e criações e de um querer-viver espontâneo, sempre no coletivo, que reordena o tempo e o espaço permitindo o enfrentamento do destino e a angústia da finitude. É necessário lembrar também que a experiência cotidiana, e dentro dela, a experiência de adoecimento, apresenta sempre várias possibilidades, pois não é unívoca, não se adequando a ela, portanto, os universalismos de qualquer ordem.

Contudo, a dimensão do vivido ainda não é tematizada nas práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que as embasam em generalidades previsíveis em torno da doença e não em especificidades da experiência de cada doente ao vivenciar a doença. Assim, no cuidado ao *diabetes mellitus*, as práticas profissionais de atenção nos serviços de saúde, ainda são apoiadas em ações medicalizantes e normativas em nome da boa saúde, pois são fortemente influenciadas pelo modelo clínico. Contradizem, portanto, a necessidade de uma abordagem do cuidado integral ao *diabetes mellitus* com base no princípio da integralidade e da resolutividade, que deve incluir referenciais da sociologia, da antropologia, dentre outros, de maneira que sejam fornecidos elementos para ampliar os horizontes sobre o modo como fazemos ações em saúde. Nas palavras de Mattos,

[...] a integralidade é uma característica da boa prática da biomedicina, ou seja, da medicina que tem como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença. Defender a integralidade aqui não implica deixar de lado todo o caudal de conhecimentos sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos. O que significa, isso sim, é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas, sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos (MATTOS, 2006, p. 50).

E contrariando o próprio princípio da integralidade, as práticas atuais ainda desconsideram a experiência de adoecimento das pessoas com *diabetes mellitus*, experiência essa que foi sendo tecida por ela em uma rede de sentidos e significados no seu cotidiano, configurando-se como um campo de saber próprio que, na maioria das vezes, não encontra representatividade na construção do saber formal em saúde, ao qual aderem fortemente os profissionais de saúde. Como aponta Silva (2001, p.42), “o que está envolvido na assistência à saúde não é somente o saber do

profissional, mas também, outros saberes, destacando o das pessoas que vivem a situação e aqueles que estão próximos a ela”. Dessa maneira, no encontro entre o profissional e a pessoa doente prevalece o conhecimento técnico-científico que desqualifica o saber advindo da experiência de adoecimento. Esses encontros poderiam ser o momento de construção coletiva sobre o que é viver com o *diabetes mellitus*, de modo a contribuir para adesão ao tratamento e, principalmente, possibilitando uma melhor forma de conviver com essa condição crônica.

Nestes três anos como servidora pública da SES/ MT pensava que conhecia o real funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso e que as pessoas usuárias dos serviços de saúde desconheciam como o mesmo funciona. Porém, à medida que fui refletindo sobre as dificuldades enfrentadas pude perceber que as pessoas doentes desenvolvem um conhecimento tácito, ainda que parcial, dos meandros que envolvem a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e das práticas dos profissionais que aí atuam. Conhecimento construído à custa de sofrimentos, mas que busca respostas para as suas necessidades de saúde, sendo que os serviços e os profissionais as recortam a sua maneira que, nem sempre, são embasados nos princípios da integralidade e da resolutividade da atenção à saúde.

Da mesma maneira, tinha a concepção equivocada de que as pessoas fossem passivas diante dos inúmeros pontos de estrangulamento do SUS. No entanto, percebi que essas pessoas realizam *movimentos invisíveis* que passam despercebidos aos profissionais de saúde e, principalmente, às instâncias reguladoras da oferta do acesso aos serviços de saúde no Estado de Mato Grosso. Desse modo, à medida que as necessidades de saúde se fazem presentes, as pessoas empreendem buscas por cuidado acionando suas redes de apoio para se ter acesso aos serviços de saúde de referência, seja no nível local, regional e/ou estadual, apesar da regulação formalizada no SUS.

Assim, considero que as dimensões apresentadas neste estudo, tendo como foco a experiência de adoecimento e a busca por cuidado de uma pessoa com *diabetes mellitus* em um município de Mato Grosso, poderão contribuir para que os profissionais de saúde possam compreender como é vivenciar e transitar neste sistema que, embora denominado "único", se mostra bastante plural. Busco dar

relevância à maneira como as pessoas doentes e os profissionais de saúde o põem, de fato, em movimento no cotidiano dos serviços de saúde.

Percebo, ainda, que os profissionais de saúde desconhecem o arcabouço formalizado do funcionamento do SUS e o quanto esse desconhecimento repercute nas práticas de atenção e de gestão voltadas às pessoas com *diabetes mellitus* e os efeitos que tais práticas produzem na vivência daqueles com a condição crônica. Assim, considero que este estudo poderá contribuir de maneira efetiva para os profissionais de saúde por oferecer subsídios importantes para a compreensão da experiência de adoecimento, a busca por cuidado de pessoas em condição crônica do *diabetes mellitus* e a maneira como o SUS responde às reais necessidades de saúde das mesmas.

O emprego de um conjunto de abordagens metodológicas na apreensão dos dados permitiu compor o desenho das trajetórias empreendidas pelo sujeito do estudo, configurando o que denominamos, no conjunto da pesquisa maior, de Itinerário Terapêutico, que permite a compreensão dos caminhos percorridos pelo mesmo na busca por cuidados à sua saúde e as respostas obtidas para suas necessidades. Essa ferramenta teórico-metodológica oferece uma contribuição importante como uma tecnologia avaliativa em saúde, pois proporciona novos elementos de análise que podem preencher, em parte, a lacuna existente na área da saúde coletiva que trabalha com avaliação de serviços. Gomes e Mendonça (2005) apontam que ainda são poucos os estudos que trazem como temática a experiência de adoecimento das pessoas e como os serviços de saúde conseguem atender as várias dimensões dessa experiência que tais pessoas trazem ao buscar atendimento.

Para compor a perspectiva que busco apresentar desenvolvi este estudo da seguinte maneira: (1) **a construção do objeto do estudo**, trazendo elementos sobre os aspectos clínicos do *diabetes mellitus*, a condição crônica em relação às repercussões que essa doença promove na vida dessas pessoas e um breve resgate das políticas de saúde destinadas a esse agravo; (2) **o objetivo do estudo**; (3) apresentação do **percurso metodológico**; (4) **a vivência da condição crônica do *diabetes mellitus***, descrevendo o contexto de vida e as repercussões da condição crônica do *diabetes mellitus* no cotidiano do sujeito do estudo; (5) **a implicação da organização dos serviços de saúde na busca por cuidado empreendida pelo**

sujeito do estudo, na qual foram descritas as práticas profissionais de atenção e de gestão ao *diabetes mellitus* nos serviços de saúde do município de Sorriso/ MT; (6) **o Itinerário Terapêutico possibilitando a compreensão da integralidade na atenção à saúde na condição crônica do *diabetes mellitus***; (7) **algumas conclusões e perspectivas que o estudo permite vislumbrar**.

Na realização deste estudo tive plena liberdade para construir o meu objeto de investigação, assim como para a escolha dos caminhos necessários a sua compreensão. Porém, as discussões acerca da temática aqui apresentada, foram, o tempo todo, sendo problematizadas coletivamente dentro do grupo de trabalho da pesquisa maior à qual este estudo se vincula. Por entender, portanto, que muitas das contribuições deste estudo são resultantes dessas discussões, os demais capítulos foram escritos empregando-se o sujeito coletivo, ou seja, na terceira pessoa do plural.

2. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Nesse capítulo, apresentaremos como se deu a construção do nosso objeto de estudo, qual seja a experiência de adoecimento e busca por cuidados de uma pessoa em condição crônica do *diabetes mellitus*, bem como as respostas que ela obteve dos serviços de saúde para as suas necessidades.

Para melhor delimitá-lo torna-se necessário trazer, em linhas gerais, o resgate conceitual sobre o *diabetes mellitus* e as suas repercussões no corpo e na vida da pessoa, assim como de sua família, de maneira a compreender a importância das práticas profissionais para uma atenção resolutive às necessidades de saúde de uma pessoa que vivencia esse agravo. Por considerá-lo como uma condição crônica, apresentamos, também, uma discussão inicial sobre essa nossa compreensão, apoiada em alguns autores que têm tratado do tema.

A análise das Políticas de Saúde destinadas às práticas de atenção e de gestão ao *diabetes mellitus* também nos forneceram alguns elementos para compreendermos como tais práticas apreendem as necessidades de saúde de pessoas que demandam cuidados contínuos e prolongados resultantes da condição crônica do *diabetes mellitus*.

2.1 O *diabetes mellitus* como um problema de saúde e social

Atualmente, existem cerca de 177 milhões de pessoas com *diabetes mellitus* em todo o mundo, sendo que esses dados alertam para o aumento flagrante desse agravo, ainda mais que há uma previsão de que ultrapasse o número de 350 milhões de pessoas com essa doença em 2025 (OPAS, 2003; BRASIL, 2006a). Não distante dessa triste realidade mundial, o Brasil aparece em nono lugar no *ranking* dos dez países com maior número de pessoas com *diabetes mellitus*, sendo que os

anteriores na classificação são: Índia, China, Estados Unidos, Indonésia, Rússia, Japão, Emirados Árabes Unidos e Paquistão (OPAS, 2003). Atualmente, no Brasil há cerca de seis milhões de pessoas com esse agravo, podendo alcançar dez milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006a).

O *diabetes mellitus* é considerado, junto com a hipertensão arterial, “[...] responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise” (BRASIL, 2006a, p.7). Além de elevar os custos dos serviços de saúde, o *diabetes mellitus* pode levar a pessoa à perda parcial ou total de sua capacidade funcional, com sérias repercussões na sua vida, na família e nos gastos com a Seguridade Social, dentre outras (OPAS, 2003; BARSAGLINI, 2006).

Embora a diabetes ser de diagnóstico fácil e relativamente barato, ainda encontramos no Brasil milhões de indivíduos que desconhecem sua condição de diabéticos, e que provavelmente, muitos serão diagnosticados somente quando alguma complicação se manifestar (TRENTINI; BELTRAME 2004, p. 261 *apud* BRASIL, 1989).

Entretanto, a situação tende a se agravar em relação ao acesso ao tratamento o que pode estar contribuindo para o aumento do número de pessoas com *diabetes mellitus* com complicações decorrente deste.

As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas têm acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em poucas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente, as crônicas (FRANCIONI; SILVA, 2007, p.106).

O *diabetes mellitus* é uma doença metabólica relacionada com o acúmulo excessivo de glicose na corrente sanguínea devido a algum distúrbio na produção e/ou ação da insulina produzida pelo pâncreas, ao aumento da resistência a

ação da insulina, podendo ocasionar complicações a curto, médio e longo prazo para a pessoa (SMELTZER; BARE, 2002; OPAS, 2003; BRASIL, 2006a).

A insulina é um hormônio secretado no pâncreas, mais especificamente pelas ilhotas de Langherans, que tem como função promover a entrada de glicose nas células, atuando no metabolismo dos lipídeos e proteínas (SMELTZER; BARE, 2002).

As manifestações clínicas mais comuns do *diabetes mellitus* são: poliúria, polidipsia e polifagia, sendo que a pessoa ainda poderá sentir fraqueza, fadiga, alterações súbitas de visão, formigamento ou dormência nas extremidades, pele seca, lesões com dificuldades de cicatrização, dentre outros (OPAS, 2003; BRASIL, 2006a).

De acordo com a sua etiologia, fisiopatologia, evolução clínica e tratamento, o *diabetes mellitus* é classificado em tipo I e tipo II, sendo que este último pode ser associado a outras condições e síndromes, inclusive ao *diabetes* gestacional (SMELTZER; BARE, 2002).

O *diabetes mellitus* tipo I acomete as pessoas em proporções bem menores em relação ao tipo II, e ocorre devido à falta de produção de insulina pelas células *beta* das ilhotas de *Langherans* no pâncreas, em decorrência do processo auto-imune do organismo. Apresenta maior incidência em crianças, jovens e adultos jovens. Em virtude da ausência de insulina, a pessoa necessitará de injeções de insulina exógena para proporcionar o transporte de glicose para dentro das células, resultando no controle da glicemia (SMELTZER; BARE, 2002; BRASIL, 2006a).

No entanto, o *diabetes mellitus* tipo II, foco deste estudo, é o mais comum dos tipos de *diabetes*. O surgimento está relacionado à vida sedentária, à alimentação inadequada que predispõe a pessoa a adquirir esse agravo. Fisiologicamente, o *diabetes mellitus* pode ocorrer devido à predisposição genética, ao aumento da resistência à insulina (perda da sensibilidade à insulina) e à diminuição na quantidade de produção de insulina pelo pâncreas. Esse agravo acomete pessoas com mais de 30 anos de idade e sua incidência tem aumentado com o aumento da idade, embora possa ocorrer em qualquer época, inclusive em crianças e adolescentes, decorrente da resistência à insulina e do aparecimento da obesidade nessa faixa etária (SMELTZER; BARE, 2002; BRASIL, 2006a).

O *diabetes mellitus*, em especial o tipo II, tem aumentado em decorrência de diversos fatores tais como: a transição nutricional, o sedentarismo e aumento do peso corporal. O surgimento da epidemia da obesidade tem contribuído para o agravamento dessa situação (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

O seu tratamento tem se baseado, primeiramente, na reeducação alimentar e na realização de atividade física. Caso persista a hiperglicemia, são prescritos medicamentos antidiabéticos. Porém, nos casos em que essa estratégia não surte efeito no controle da glicemia, seja devido a dificuldades na adesão ao tratamento, situações de estresse fisiológico, como doenças e cirurgias, podem ser necessárias injeções de insulina exógena para controlar os níveis de glicemia.

O *diabetes* gestacional pode ocorrer em gestantes com mais de 30 anos com ou sem história de *diabetes mellitus* na família. Essa condição surge quando o pâncreas da mãe não consegue produzir uma quantidade suficiente de insulina que possa suprir as necessidades metabólicas tanto da mãe quanto do filho, necessitando, dessa forma, a aplicação de insulina até o término da gestação. Após o período do pós-parto, é esperado que essa situação se normalize, o qual a mãe não precise receber doses de insulina. Porém, em alguns casos, a condição persiste e a mãe passa a ter o *diabetes mellitus* tipo II (SMELTZER; BARE, 2002).

As complicações relacionadas ao *diabetes mellitus* podem ser agudas e crônicas, podendo ocorrer tanto no tipo I como no tipo II. As complicações agudas estão relacionadas à hipoglicemia e hiperglicemia que acontecem devido ao desajuste no segmento terapêutico proposto.

A hipoglicemia pode acontecer devido à inadequação da dosagem na aplicação de insulina subcutânea, resultando na queda abrupta da glicemia, ocasionando sinais e sintomas como: suor em excesso, palidez, tremores, cefaléia, desmaio, taquicardia, visão turva, irritabilidade, desorientação e coma, que consiste em uma complicação aguda e grave que pode levar a alterações neurológicas irreversíveis.

As complicações ocasionadas pela hiperglicemia são a cetoacidose diabética e o coma hiperglicêmico hiperosmolar não-cetótico. A cetoacidose diabética é um estado de acidose metabólica causado pelo excesso de cetona no sangue, decorrente da deficiência de insulina. O coma hiperosmolar não-cetótico é

um quadro grave causado pela excessiva hiperglicemia que resulta no estado de desidratação profunda e diminuição do nível de consciência desencadeado por excessos alimentares ou por uma doença intercorrente. Tanto os casos de cetoacidose diabética e coma hiperosmolar requererem hospitalização para estabilizar o quadro clínico (SMELTZER; BARE, 2002; BRASIL, 2006a).

As complicações crônicas relacionadas ao *diabetes mellitus*: nefropatia, retinopatia diabética, doenças cardiovasculares, neuropatia periférica, pé diabético, lesões com dificuldade de cicatrização, dentre outras, podem ocorrer por conta da progressão do agravo, ou por falhas na terapia proposta.

O tratamento do *diabetes mellitus* tipo II apresenta dois grandes objetivos: controlar o nível glicêmico e prevenir suas complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006a). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2003, p. 20), “o tratamento do DM inclui as seguintes estratégias: educação; modificações do estilo de vida, que incluem suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares; e, se necessário, uso de medicamentos”. O foco do tratamento consiste em promover mudança no estilo de vida das pessoas, abordando questões ligadas à alimentação saudável e a realização de atividades físicas (SBD, 2003; BRASIL, 2006a).

Os cuidados com a alimentação requerem da pessoa e da família novos hábitos que incluem a diminuição da ingesta de alimentos ricos em carboidratos, o uso moderado de adoçantes não clóricos. Essas pessoas devem se alimentar várias vezes ao dia em quantidades pequenas, de acordo com a atividade física e o uso de insulina (SBD, 2003; BRASIL, 2006a). “Para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais” (BRASIL, 2006a, p.22).

Associada aos cuidados com a alimentação, a atividade física diária promove resultados significantes como a redução e manutenção do peso corporal, diminuindo a resistência à insulina e promovendo a “[...] melhora (no) perfil lipídico de indivíduos em risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares” (SARTORELLI; FRANCO, 2003, p. S32). No entanto, apesar de bem definidos os benefícios desses cuidados, as pessoas apresentam dificuldade em modificar seus hábitos alimentares o que pode contribuir para o descontrole metabólico, visto não

conseguirem emagrecer. Entretanto, estas pessoas “[...] podem estar precisando de maior suporte emocional ou orientação nutricional mais individualizada para vencer o desafio da mudança de estilo de vida” (BRASIL, 2006a, p. 23). A Sociedade Brasileira de Diabetes (2003, p. 20) considera, também, que a “[...] mudança no estilo de vida é difícil de ser obtida, mas pode ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento, e não apenas na primeira consulta”.

O tratamento farmacológico do *diabetes mellitus* consiste no uso de hipoglicemiantes orais associados a outras medicações e o emprego da insulina pode ser iniciado a qualquer momento, quando a pessoa não consegue atingir a meta de controle glicêmico. No entanto, “o emprego da insulina pode se associar a aumento de peso e presença de reações hipoglicêmicas” (SBD, 2003, p. 36).

Com base na literatura (TRENTINI; BELTRAME, 2004; SILVA et al, 2006; FRANCIONI; SILVA, 2007) e em nossa experiência profissional, o uso da insulina tem sido apontado como fator estressor na vida das pessoas com *diabetes mellitus* pela necessidade de se ter habilidade para a auto-aplicação, assim como de reconhecer os seus efeitos adversos. Durante o uso da insulina, “[...] os ajustes de dose são baseados nas medidas de glicemias. O monitoramento da glicemia em casa, com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado, é o método ideal de controle” (BRASIL, 2006a, p. 28-29).

Na maioria dos casos, os custos financeiros relacionados ao uso de medidor glicêmico e das fitas de leitura visual recaem sobre as pessoas com *diabetes mellitus*, que são somados aos outros inúmeros gastos relacionados à aquisição de alimentos *diets* e *ligths*, frutas e legumes, considerados como alimentos ideais à mesa e ao controle glicêmico. Pouco se tem discutido acerca das inúmeras dificuldades encontradas por essas pessoas, particularmente as pertencentes às camadas populares, no controle da sua saúde.

O tratamento é, ainda, fortemente focado em ações de controle e monitoramento da doença, priorizando práticas de educação em saúde com o objetivo de promover mudança do estilo de vida das pessoas (TRENTINI; BELTRAME, 2004; BARSAGLINI, 2006). Desse modo, as práticas de atenção e de gestão ainda são centradas no profissional e são realizadas de maneira unilateral e

monológica por excluírem o conhecimento do contexto de vida dessas pessoas, assim como todo o saber que foi sendo tecido na própria experiência de adoecimento.

O usuário constitui a mais autêntica testemunha do que significa viver com diabetes e, portanto, a participação ativa dos usuários no processo de educação em saúde constitui o eixo da hélice que movimenta e tempera o estilo de vida dessas pessoas no alcance de uma melhor qualidade de vida (TRENTINI; BELTRAME, 2004, p. 262).

Esses aspectos precisam ser considerados e abordados nos informes do Ministério da Saúde e Consenso Brasileiro de *Diabetes Mellitus*⁴, pelos profissionais de saúde, como também pelos gestores de saúde ao prestarem o cuidado às pessoas com esse agravo. Tanto os profissionais como os gestores de saúde necessitam refletir sobre o modo como ofertam atendimento à condição crônica do *diabetes mellitus*, pois essas pessoas necessitam de cuidado contínuo e prolongado, requerendo dos profissionais de saúde a compreensão da maneira como enfrentam às adversidades oriundas de sua doença. É preciso incluir no planejamento do cuidado a necessidade de diálogo e vínculo, reconhecendo a experiência de adoecimento dessas pessoas.

Conforme o apresentado, a base do tratamento do *diabetes mellitus* tem sido preconizada nos documentos e/ou consensos que padronizam e direcionam o modo de ofertar atendimento a esse agravo, sendo que as pessoas com *diabetes mellitus* são excluídas do planejamento do seu cuidado. Entretanto,

[...] os cuidados na doença crônica não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais e são influenciados pelas políticas sociais e de saúde, que proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem na vida dos adoecidos e que podem, também, moldar a experiência do adoecimento (BARSAGLINI, 2006, p. 121).

⁴ O Consenso Brasileiro de Diabetes foi elaborado pela Sociedade Brasileira de Diabetes com objetivo de uniformizar as condutas terapêuticas e diagnósticas no monitoramento e controle do *diabetes mellitus*.

Tais normativas que direcionam as práticas profissionais de atenção insistem em tratar as pessoas como “pacientes” e desconsideram o seu contexto de vida ocasionando a perda de sua autonomia no cuidado à sua saúde. As práticas profissionais de atenção devido à racionalidade presente cujo foco é diagnosticar e propor medidas terapêuticas com base no saber da Clínica realiza leituras do corpo do doente para objetivar a doença, sendo que essa racionalidade desconsidera os aspectos subjetivos de quem vivencia a cronicidade do *diabetes mellitus* (ARAÚJO, 2005; BARSAGLINI, 2006)

Esses elementos que foram apontados sobre o *diabetes mellitus* é que servirão de subsídios para compreendermos as várias repercussões dessa condição crônica na vida da pessoa. Isto implica pôr em discussão outras dimensões que não apenas aquelas que se relacionam à fisiopatologia e seu controle, mas que trazem a necessidade de apreensão do cotidiano e de outros aspectos, principalmente a inserção da pessoa, da família e da comunidade no gerenciamento da condição crônica gerada pelo *diabetes mellitus*.

2.2 A condição crônica do *diabetes mellitus*

As mudanças no perfil populacional somadas ao envelhecimento da população e aos avanços nos estudos em saúde que promoveram melhoria das condições de vida de parte da população, nas últimas décadas, promoveram importante mudança no perfil e na classificação das doenças. Esse novo perfil impôs a necessidade de repensar não apenas a maneira de tratar essas doenças, mas também como gerenciá-las no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, bem como da própria vida da pessoa e de sua família, considerando as repercussões que acarretam nesses contextos.

Como afirma Souza (2006), até recentemente, as doenças eram classificadas em infecciosas e crônico-degenerativas, de acordo com a evolução e tempo do agravo. No entanto, essa classificação passa a não mais dar conta de abranger novas dimensões das doenças emergentes e persistentes que extrapolam as características que, até então, as recortava em uma ou outra denominação.

A concepção do que seja uma doença crônica passa também por reformulações ao longo do tempo, sendo assim considerados todos os desvios do normal que tenham uma ou mais das seguintes características:

[...] permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para reabilitação e previsão de um longo tempo de supervisão, observação e cuidados (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996, p. 6).

Esses agravos possuem características em comum, principalmente o fato de serem irreversíveis e que demandam cuidado contínuo e prolongado, necessitando que as pessoas e seus familiares sejam treinados, por exemplo, a manusear medicações. Apresentam períodos de exacerbação e remissão com propensão ao surgimento de outras doenças, assim como a utilização freqüente dos serviços de saúde. Promovem, também, alteração na estrutura e dinâmica familiar, predispondo a pessoa ao isolamento social e à perda da capacidade funcional (TRENTINI; SILVA, 1992; OMS, 2003; SOUZA, 2006; SOUZA; LIMA, 2007; FREITAS; MENDES, 2007).

A OMS (2003) passa a considerar os agravos com essas mesmas características sob a denominação de “condição crônica”, sendo aí incluídas tanto as doenças transmissíveis, a exemplo do HIV/AIDS, as doenças não-transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer e o *diabetes mellitus*, quanto às incapacidades estruturais, como cegueira e amputações. Essas condições crônicas têm em comum o fato de serem persistentes e de necessitarem de cuidado permanente.

Tais doenças desencadeiam inúmeras repercussões tais doenças causam tanto na vida das pessoas, famílias, serviços de saúde, como para toda a sociedade, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), argumenta que

[...] as condições crônicas não são mais vistas de forma tradicional (ex, limitadas às doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares (OMS, 2003, p 16).

Devido a essa problemática, a OMS (2003) passa a recomendar a utilização da denominação **condições crônicas**, pois esta abarca todas as dimensões do agravo, principalmente as repercussões que promove na vida da pessoa doente, na sua família e em toda a sociedade. O crescimento da condição crônica é uma situação inevitável em todo o mundo devido à mudança do perfil epidemiológico e demográfico, das condições socioeconômicas e de outros fatores, e pode ser visualizada como um sério problema de saúde pública, sendo responsável por 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo. Pelo crescimento acelerado, estima-se que em 2020, da carga de doenças que acometerão os países em desenvolvimento, 80% devem advir de problemas crônicos (OMS, 2003).

No entanto, a aderência ao tratamento nesses países chega a ser de apenas 20%, com conseqüências negativas que oneram ainda mais a sociedade, o governo e as famílias (OMS, 2003). Entretanto, as pessoas que vivenciam a condição crônica apresentam dificuldade em compreender a doença, o que lhe causa o mal estar físico e psicológico, sendo que este último é gerado, provavelmente, devido ao constante estado de alerta ao qual se acresce o medo da morte nas fases de agudização da doença. Assim, compreendemos que viver com a condição crônica passa a ser, para além dos agravos físicos, “[...] uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou grupos” (TRENTINI; SILVA, 1992, p.78).

No entanto, apenas a definição trazida pela Organização Mundial de Saúde (2003), embora avançasse na sua compreensão, ainda não nos parecia abarcar todas as dimensões que entendíamos ser necessárias para a condição crônica.

Ao pensarmos nas pessoas com *diabetes mellitus*, embora pudéssemos considerá-las como “doentes”, visto terem um agravo à sua saúde, bem como ser esse agravo, na maioria das vezes, permanente, o “estar doente” não era um estado constante dessas pessoas, mas, sim, de períodos de suas vidas em que se manifestava, principalmente, através das fases de agudizações da doença. Encontramos na definição trazida por Souza e Lima uma interpretação mais próxima do que entendíamos ser esse agravo.

[...] a condição crônica tem como característica o fato de não ser temporária, uma vez que passa a fazer parte, seja por tempo prolongado ou por tempo indeterminado, da vida da pessoa. Todavia, isso não significa que esta se sinta sempre doente, pois outra característica da condição crônica diz respeito às fases de exacerbação e remissão (SOUZA; LIMA, 2007, p.162).

O *diabetes mellitus* apresenta períodos em que este não é percebido pela pessoa por ainda não apresentar as manifestações clínicas da doença em seu corpo, podendo ser, por isso, que muitas delas o desconsideram como parte do seu viver. Porém, à medida que começam a experienciar as fases de agudização, podem desenvolver sentimentos de incapacidade, o que contribui para aumentar a sua dificuldade em aceitar o fato de possuir o *diabetes mellitus*. Desta forma, “este impacto determina um novo rumo ao processo de viver e ser saudável de acordo com o significado, com as forças e necessidades e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos envolvidos” (TRENTINI; SILVA, 1992, p.78-79).

Frente a essas adversidades promovidas pela condição crônica, o modo como as pessoas e suas famílias convivem com o *diabetes mellitus* depende de como responderão a esses fatores de estresse em seu cotidiano (TRENTINI; SILVA, 1992). Elas poderão desenvolver estratégias de enfrentamento com resultados positivos ou negativos que influenciarão no modo de conviver com a doença. Trentini e Silva (1992, p. 83) argumentam que, “dependendo de sua orientação de vida, o significado pode ter muita ou pouca importância para ele, podendo provocar emoções negativas como medo, vergonha, revolta ou emoções positivas como gratidão e alegria”.

No entanto, é necessário compreender que as mudanças na vida cotidiana dessas pessoas são provocadas pelo *diabetes mellitus*, sendo intensificadas pela fase de agudização e o medo de suas conseqüências. Nesse processo, as pessoas com *diabetes mellitus* elaboram os sentidos e significados que irão constituir a sua experiência muito particular de adoecimento. As fases de agudização da doença podem desencadear alterações no bem estar psicossocial tais como: depressão, isolamento social, estresse, estigma social, sentimentos de inferioridade, incapacidade funcional, dentre outras (TRENTINI; SILVA, 1992; PINHO, 2000; FREITAS; MENDES, 2007). Tais reações emocionais estão presentes em qualquer episódio de adoecimento, mas se mostram especialmente intensos nos agravos que podem ser considerados como condição crônica, pois, como salienta Silva,

[...] viver com uma condição crônica pode representar contínua ameaça, tanto para a pessoa doente, quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição afeta sua vida como um todo, alterando dramaticamente seu cotidiano. [...] De qualquer modo, é extremamente complexo integrar a doença crônica ao ritmo da vida das pessoas. Incorporar a condição crônica representa um desafio a ser enfrentado no seu dia-a-dia, pois requer contínuos ajustes, reajustes, avaliações e reavaliações devido à dinamicidade de sua apresentação e evolução (SILVA, 2001, p. 41-42).

Souza (2006, p. 22) complementa essa idéia acrescentando que “[...] as condições crônicas têm períodos relativamente estáveis que podem ser interrompidos por episódios agudos que requerem cuidados médicos ou hospitalizações. O prognóstico varia de uma vida estável a uma morte prematura”. Situações como essas descritas na literatura requerem das pessoas com *diabetes mellitus* e de sua família, o desenvolvimento de estratégias que contribuam para melhor gerenciar os enfrentamentos cotidianos, possibilitando a aceitação da doença como parte de seu viver. E, mais que isso, que permita que essas pessoas se sintam capazes de continuar a viver de acordo com as novas normas que a vida lhes impôs.

Ser capaz, ativo e potente na vida, mesmo tendo de conviver com uma condição crônica, significa estar desperto, aberto e sempre em movimento. Significa, também, ter capacidade de lidar com desafios por meio da superação das condições adversas, buscando

não restringir o modo de andar a vida ⁵ às limitações das condições crônicas. (SOUZA; LIMA, 2007, p. 162).

“As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas” (OMS, 2003, p. 15), e, no entanto, é preciso considerar que os serviços de saúde devem cooperar com esse processo, proporcionando práticas profissionais de atenção e de gestão que respondam, de maneira efetiva, às necessidades de saúde que as pessoas com *diabetes mellitus* e suas famílias apresentam.

Entretanto, em nossa experiência profissional e neste estudo, pudemos perceber que as práticas profissionais de atenção e de gestão, ainda, não contemplam o modo como essas pessoas enfrentam o “problema” ⁶ do *diabetes mellitus* no seu cotidiano. Ao invés disso, os profissionais de saúde focalizam suas ações apenas nas repercussões que este agravo poderá promover no corpo doente, para as quais entendem ser essencial a adoção de mudanças no estilo de vida, sendo que isso é imposto como um “*deve ser*”, como uma norma a ser cumprida para se atingir o controle e monitoramento do *diabetes mellitus*.

Entendemos que as práticas de atenção embasadas nos princípios da integralidade e da resolutividade vão além do controle e do monitoramento do agravo, abarcando outras dimensões relacionadas ao modo como as pessoas enfrentam a problemática dessa condição crônica no seu cotidiano. Colaborando com isso, Silva afirma que é de

[...] responsabilidade dos profissionais de saúde na prevenção de danos decorrentes da falta de controle da doença pelas pessoas, incluindo aí, a motivação para o tratamento, a melhora da auto-estima e o controle da ansiedade ou depressão. [...] As doenças crônicas são fenômenos sociais que afetam todos os aspectos da vida das pessoas (SILVA, 2001, p.41).

⁵ Souza (2006, p. 17) em sua tese de doutorado de onde foi extraído esse artigo utiliza a expressão “modos de andar a vida” como as maneiras com que as pessoas se conduzem e enfrentam sua existência cotidiana, ou seja, como possibilidade de caminhos de trânsitos nos contextos sociais, educacionais e de saúde, entre outros.

⁶ A palavra “problema” expressa a maneira pela qual o sujeito do estudo percebe o *diabetes mellitus* em sua vida.

Em decorrência do controle e monitoramento em que se centram as práticas profissionais de atenção há uma tendência da pessoa com *diabetes mellitus* de se tornar cada vez mais dependente do acompanhamento profissional e, ao mesmo tempo, se sente menos competente para desenvolver o autocuidado. No entanto, por não oferecerem ações resolutivas para os problemas enfrentados pelas pessoas com *diabetes mellitus*, as complicações se tornam cada vez mais freqüentes, o que reforça a dependência do cuidado onerando, tanto o sistema de saúde quanto suas próprias vidas e de suas famílias, não só economicamente, mas também emocional e socialmente. Na ocorrência de complicações a tendência dos serviços e dos profissionais de saúde é culpabilizar a pessoa pela não adesão ao tratamento e pelas suas inúmeras conseqüências, sem considerar que a não adesão caracteriza-se como uma falha do próprio sistema de saúde (OMS, 2003).

Adotar a concepção de “condição crônica” para o *diabetes mellitus* em nossa prática profissional significa repensarmos nosso modo de atuar e de reconhecer as dimensões que o viver com essa condição traz tanto para a pessoa doente, quanto para sua família. Significa repensar, também, como disponibilizamos ações em saúde que possam dar conta tanto da condição de vida e de saúde decorrente do problema clínico, das repercussões da cronicidade no seu cotidiano, bem como de que maneira poderemos incluí-los no planejamento do seu próprio cuidado, incentivando a sua autonomia.

Não podemos desconsiderar, também, que a pessoa com *diabetes mellitus* poderá desenvolver outras condições crônicas relacionadas às doenças decorrentes desse agravo, tais como: o pé diabético, a doença renal crônica, doenças cardiovasculares, a obesidade e, ainda, a depressão causada por todas as mudanças no seu viver. A resolutividade do cuidado à condição crônica do *diabetes mellitus* está diretamente ligada à capacidade dos serviços e das práticas profissionais atenção e gestão de impedirem, ou ao menos retardarem ao máximo, o aparecimento dessas outras condições. E, para isso, as políticas que direcionam tais práticas e a organização dos serviços devem, mais do que imputar normas, propor e implementar

soluções para as necessidades de saúde das pessoas que vivenciam a condição crônica *diabetes mellitus*, fazendo-as parceiras nesse cuidado.

2.3 A Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

No Brasil, o *diabetes mellitus* aparece como a sexta causa mais freqüente de diagnóstico primário de internação hospitalar; esse agravo predispõe as pessoas ao desenvolvimento de doenças associadas, como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial, diálise por insuficiência renal, amputações de membros inferiores, dentre outras (SBD, 2003; BRASIL, 2006a).

Para diminuir a incidência e a prevalência desse agravo é preciso desenvolver ações preventivas tanto no nível primário como no nível secundário. A prevenção primária está relacionada com a identificação, diminuição dos fatores de riscos e desenvolvimento de ações estratégicas ligadas à alimentação saudável e à prática de atividade física regular. A prevenção secundária consiste na realização do diagnóstico precoce, na terapêutica e no controle da glicemia, da pressão arterial, bem como na realização de exames necessários para monitoramento do agravo (OPAS, 2003). No entanto, pode ser considerada também como uma estratégia a prevenção terciária, que consiste em prevenir ou retardar o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, evitando-se, assim, mortes precoces (BRASIL, 2001a).

As Políticas de Saúde destinadas ao *diabetes mellitus* têm sido elaboradas de modo articulado com a hipertensão arterial devido as suas características comuns: fatores de risco, a cronicidade, as complicações e a necessidade de acompanhamento terapêutico multidisciplinar. Devido ao aumento da prevalência do *diabetes mellitus* e da hipertensão arterial na população o Ministério

da Saúde (MS) implantou, em 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que teve como objetivo “vincular os portadores desses agravos às unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços” (BRASIL, 2001a, p. 5).

A partir desse Plano, as ações em saúde passaram a ser desenvolvidas em conjunto, pelas esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo “[...] criar o vínculo entre os portadores desses agravos e as equipes da atenção básica. Esse nível de atenção no SUS tem a capacidade de tratar e acompanhar mais de 65% dos casos detectados” (BRASIL, 2001b, p. 585).

Diante do perfil epidemiológico, das metas estabelecidas e da necessidade de ações em saúde com base na promoção, prevenção, reabilitação e integração dos níveis de atenção, o Ministério da Saúde implantou, em 2005, a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Esta política tem como objetivo:

[...] articular e integrar as ações, nos diferentes níveis de complexidade, e os setores públicos e privados com o objetivo de reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por hipertensão arterial e diabetes mellitus e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e tratamento, com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2005, p.1).

Para essa Política, a Atenção Básica se configura como o pilar de sustentação para o controle e monitoramento desses agravos, sendo que os profissionais desse nível de atenção passariam a receber capacitação e educação permanente para responder a esse desafio. Como estratégia de ação foi reformulada a assistência farmacêutica básica para que as pessoas com diabetes mellitus possam receber as medicações em uma unidade básica de saúde mais próxima de sua residência. Também foi implantado o Sistema HiperDia para cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* nas unidades de saúde para subsidiar o planejamento local das ações em saúde (BRASIL, 2005).

A organização das ações estratégicas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral delega a Atenção Básica à responsabilidade de diagnosticar e de acompanhar as pessoas com *diabetes mellitus* cadastradas nas unidades básicas de saúde, assim como garantir a assistência farmacêutica, (BRASIL, 2005). Nesses locais, as pessoas com suspeitas de complicações agudas e/ou crônicas deverão ser encaminhadas à referência secundária para avaliação, diagnóstico e tratamento, e inclusive, a necessidade de internação hospitalar, configurando o sistema de referência e contra-referência no SUS (BRASIL, 2001a).

Em Mato Grosso, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral, o tratamento e acompanhamento do *diabetes mellitus* são realizados na Atenção Básica, em especial nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) subordinadas às secretarias municipais de saúde, os quais planejam suas ações de acordo com o número de pessoas cadastradas Sistema HiperDia em cada município. A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/ MT) é responsável por oferecer suporte e assessoria técnica aos municípios do Estado, capacitando as equipes profissionais, bem como garantindo o sistema de referência e contra-referência no Estado, proporcionando, desta forma, a integração entre os três níveis de atenção à saúde (MATO GROSSO, 2004; 2005a).

Em se tratando do *diabetes mellitus* torna-se importante que as ações na Atenção Básica, nas unidades de PSF e nos Centros de Saúde, sejam de promoção, prevenção, tratamento e de acolhimento da pessoa para que, assim, seja possível controlar e diminuir os riscos de complicações decorrentes do agravo. Por serem consideradas a base do cuidado, o acompanhamento e o controle do *diabetes mellitus* no âmbito da Atenção Básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a esse agravo, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares, considerando que o *diabetes mellitus* é uma das causas do surgimento da hipertensão arterial, um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c; 2005).

A concepção adotada neste estudo do *diabetes mellitus* como uma condição crônica nos faz ressaltar a necessidade de mudanças nas formas de organizar o acesso aos serviços de saúde, de maneira a possibilitar uma relação menos desigual entre a oferta programada e a demanda. Pensando no poder de

resolutividade do Sistema de Saúde como um todo, é preciso que sejam garantidas também a Referência e a Contra-referência, e que estas se inter-relacionem na garantia de continuidade no tratamento e acompanhamento do *diabetes mellitus*.

Outro aspecto importante a ser salientado é a relação que se estabelece entre a pessoa com *diabetes mellitus* e o profissional de saúde, na qual o conhecimento deste é valorizado em detrimento do conhecimento da pessoa doente que vivencia a cronicidade desse agravo no seu cotidiano.

Com base na nossa experiência e na estruturação formal das diretrizes das Políticas de Saúde aqui apresentadas, tanto em termos nacionais quanto na sua repercussão em nosso Estado, e considerando as práticas profissionais que as põem, ou não, em movimento, bem como todas as implicações que a condição crônica do *diabetes mellitus* promove na vida dessas pessoas, a construção do nosso objeto de estudo foi sendo problematizada a partir dos seguintes questionamentos:

- Como as pessoas com *diabetes mellitus*, no seu processo de adoecimento, empreendem a busca por cuidado e que repercussões estes promovem no seu cotidiano?
- Como as práticas de atenção e de gestão estão sendo ofertadas para atender as dimensões que a condição crônica do *diabetes mellitus* exige, bem como para responder aos princípios da integralidade e da resolutividade?
- Como está ocorrendo a articulação e integração dos serviços de saúde em Mato Grosso e no município de Sorriso?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Este Estudo de Caso teve como objetivo compreender a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida por uma pessoa com *diabetes mellitus*, procedente do município de Sorriso/ MT, bem como a maneira pelo qual os serviços de saúde por ela buscados efetivam as práticas profissionais de atenção e de gestão de modo a responder às suas necessidades de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Desenhar, a partir das narrativas de uma pessoa com *diabetes mellitus*, o Itinerário Terapêutico por ela empreendido na busca por cuidado, identificando a rede formal e informal que lhe deram sustentabilidade nessa busca;
- Compreender, de acordo com a sua perspectiva, como a pessoa com *diabetes mellitus* redesenha a configuração/hierarquia entre os serviços de saúde do SUS ao buscar a resolutividade para as suas necessidades de saúde, bem como as repercussões que essa busca promove em sua vida cotidiana;
- Compreender a lógica presente no cotidiano das práticas profissionais de atenção e de gestão dos serviços de saúde, nos três níveis de atenção no município de Sorriso/ MT, buscados pela pessoa com *diabetes mellitus* sujeito do nosso estudo.

4. O PERCURSO METODOLÓGICO

A nossa trajetória na construção deste estudo foi marcada por vários movimentos e sensações inquietadoras que nos fizeram, ao mesmo tempo, ter a clareza do nosso objeto, mas com uma dúvida: como vamos interpretar a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus*?

Mediante a essa dúvida sobre como apreender esse cotidiano fomos fazendo um movimento de várias idas e vindas na busca por fundamentar o caminho que nos possibilitasse interpretar essa vivência tal como ela é, procurando encontrar os sentidos e significados que, até então, são considerados insignificantes para uns, e essenciais para outros.

O olhar aqui lançado se direciona para o cotidiano da pessoa que vivencia a cronicidade do *diabetes mellitus*, e que busca, no seu dia-a-dia, encontrar as soluções possíveis para viver com e apesar das imposições que a doença traz. O cotidiano a ser analisado se faz com base na abordagem compreensiva de Michel Maffesoli, por considerá-la apropriada para compreender essas banalidades vividas pela pessoa com *diabetes mellitus* e sua família dentro do seu microespaço social que constitui a vida de todos os dias, no qual experimenta as várias formas do viver com a doença e suas conseqüências.

É no centro dessa vida diária e nos seus movimentos e arranjos possíveis que queremos compreender a experiência do adoecimento e a busca por cuidados empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus*, pois entendemos que os profissionais de saúde carecem dessa compreensão quanto às repercussões que a doença, o seu tratamento e controle trazem para a vida da mesma.

É nesse cotidiano que se dá a vida de todo o dia, pontuada por pequenos momentos plenos de significado. [...] a proposta de compreensão da vida cotidiana fundamenta-se numa visão micro-social, vendo nela um locus privilegiado de manifestações de uma ‘força vital que independe de explicações econômico-políticas. Os pequenos fatos da vida cotidiana assumem relevância e a banalidade do dia-a-dia mostra sua importância’ (MADUREIRA;

WAIDMAN; RIBEIRO; STAMM, 2002, p. 831 *apud* REZENDE, 1995).

Assim, consideramos que a experiência de adoecimento se dá como parte da vida cotidiana e que esta é, essencialmente, dotada de relativismo. Tínhamos claro ser “necessário reconhecer com lucidez que a vida social repousa numa luta implacável entre diferentes ordens de valor” (MAFFESOLI, 2004, p. 37). Compreender as repercussões que a doença e seu cuidado têm na vida da pessoa com *diabetes mellitus* nos impõe a necessidade de ter *disposição para* interpretar essa experiência por meio da *razão sensível*, pois, nessa banalidade vivida, o dado é aceito porque esta aí, ou seja, os acontecimentos e os enfrentamentos de base *já foram modelados a priori*, sendo que o pesquisador apenas os descreve, uma vez que

[...] tais realidades não se submetem a qualquer julgamento, uma vez tidas e havidas ou não por conformes ao que se crê um ‘dever-ser’, ao que se imagina seria melhor que fossem; ao contrário, são ela aceitas em sua incompletude, em seu aspecto parcial e efêmero (MAFFESOLI, 2007, p.114).

O papel do pesquisador é, portanto, trabalhar com essas experiências que Maffesoli denomina de ‘formas’ já dadas *a priori* e que apontam a maneira pela qual essa realidade é vivida, bem como o modo como são aí incorporados os efeitos da condição crônica do *diabetes mellitus*. Partindo desse pressuposto Maffesoli (2007) afirma que o pesquisador assume uma atitude formista, ou seja, respeita as banalidades da existência, das representações populares e das minúsculas criações que pontuam a vida de todos os dias.

Optamos, assim, por nos apoiar na *razão sensível* para a compreensão da experiência de adoecimento e busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus*, visto que esta valoriza o saber comum “sem justificar ou legitimar o que se quer que seja, podendo ser capaz de perceber o fervilhar existencial cujas conseqüências ainda não foram totalmente avaliadas” (MAFFESOLI, 2005, p. 13). Desta forma, entendemos que a *razão sensível* não

busca saber as causas e os efeitos da cronicidade do *diabetes mellitus*, mas sim, procura compreender como é esse cotidiano em que a pessoa tenta sobreviver às práticas prescritivas e formais dos profissionais de saúde, desenvolvendo estratégias próprias de modo a aceitar ou não a doença em sua vida.

Ao observar o cotidiano precisamos nos despir de julgamentos, de pré-conceitos, mas atentos para contemplar a sua magnitude e o modo como ele é percebido por aquele que o vivencia. Para Maffesoli (2004; 2005), estar à altura do cotidiano significa estar atento à descrição desse vivido e aos modos como ele se organiza. Entendemos que para compreender o processo de viver com o *diabetes mellitus* nos possibilitará a apreensão desse cotidiano, que tem sido caracterizado como algo banal, sem valor para aqueles que não fazem parte dele e que desconhecem o modo como essas pessoas enfrentam suas adversidades.

Ao mergulhar nessa experiência devemos nos despir de julgamentos, de valores morais, de avaliações feitas na tentativa de identificar o “porquê” das situações, suas causas e os seus efeitos. Mas, devemos estar atentos para descrever e compreender o “como”, valorizando o próprio cotidiano, visto que para a pessoa com *diabetes mellitus*, é esse o verdadeiro espaço/ tempo no qual a condição crônica mostra a sua face em relação a um estilo de vida a ser adotado como norma de sobrevivência. Assim, compreender e reconhecer esse cotidiano implica em oferecer apoio para as dificuldades dele advindas e na oferta de estímulo em busca de qualidade de vida, sendo que “cada pessoa deve ser compreendida como única, singular, e individual a sua maneira” (SANTANA, 2000, p. 33).

Fundamentadas pela sabedoria relativista e pela *razão sensível* nos foi possível apreender e descrever o cotidiano da pessoa com *diabetes mellitus*, foco deste estudo, tal como ele é, acompanhando seu constante movimento, carregado de rearranjos, de negociações e de novas maneiras para sobreviver às inúmeras dificuldades, limitações, restrições e às “ordens” em relação às mudanças de estilo de vida impostas pela doença, sendo que estas são sempre reforçadas pelos profissionais de saúde.

Assim, a compreensão dessa experiência de adoecimento e a busca por cuidado estão intrinsicamente ligados aos movimentos do espaço/ tempo cotidianos. É no espaço vivido que ocorrem as resignificações e os modos de

enfrentar as adversidades decorrentes da doença, cheias de vigor, mas também perpassados pelos mecanismos de fuga, pelo *jogo duplo* e pela passividade, que são as estratégias de conservação de si de que se lança mão frente às imposições externas.

O tempo também exerce destaque nessa vida de todo dia, pois a rotina diária, uma forma de escandir o tempo cotidiano, precisa ser rearranjada para acomodar a nova rotina que a doença, seu tratamento e o controle impõem. As profundas mudanças no viver cotidiano são sentidas como as *pequenas mortes* do dia-a-dia, representadas pela sensação de limite que a doença impõe, que assinala o medo da morte como horizonte sempre presente. No entanto, a aceitação do destino como ele se apresenta pode ser a maneira possível de se fazer esse enfrentamento (MAFFESOLI, 2001).

Tendo encontrado respaldo nas idéias de Michel Maffesoli quanto à maneira de nos posicionarmos frente às situações vivenciadas pela pessoa com *diabetes mellitus*, por nós entrevistada, procurando compreendê-la em si mesma e não no modo como deveria ser, procuramos fazer uso do que esse autor denomina de ***razão sensível***, durante todo o percurso da pesquisa.

Assim, colocamo-nos em posição de atenção aos pequenos gestos, às falas e aos seus múltiplos sentidos, aos silêncios e às emoções durante todo o trabalho de campo, tanto durante as entrevistas quanto na observação das práticas profissionais de atenção e de gestão nos serviços de saúde. Não deixamos de estar atentas, também, aos nossos próprios sentimentos e interpretações dessa experiência, pois, como assinala Maffesoli (2007, p. 161), é preciso “entrar em correspondência” para compreender ou sentir certos valores que se pretende analisar.

Pelo mergulho profundo na compreensão da experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus* apresentaremos a construção deste estudo, de característica qualitativa.

Na pesquisa qualitativa,

[...] busca-se a compreensão⁷ particular daquilo que se estuda. Uma idéia mais geral sobre tal pesquisa é que ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é

⁷ Segundo Martins e Bicudo (2005) a *compreensão* é entendida como uma capacidade própria de o homem compreender.

abandonada e o foco da sua atenção é centrado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados (MARTINS; BICUDO, 2005, p. 23).

Tendo como foco a compreensão do fenômeno deste estudo, nos fundamentamos na metodologia do **Estudo de Caso** que, segundo Minayo (2006, p. 164) “[...] utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”.

O sujeito deste estudo foi o Sr. Pedro⁸, 52 anos, separado, procedente do Município de Sorriso/ MT, localizado na área de abrangência da BR 163 em Mato Grosso, que esteve internado no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), em Cuiabá/ MT em janeiro de 2007, devido à hipertensão arterial, insuficiência renal crônica a esclarecer e à necessidade de amputação do hálux direito, decorrente de complicações do *diabetes mellitus*, caracterizando-se, neste estudo, como um evento-sentinel.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 59), o evento-sentinel se constitui como um dos indicadores para o monitoramento das ações desenvolvidas na atenção básica de saúde, sendo definido como “[...] a ocorrência de situações evitáveis – doenças, complicações, incapacidades e mortes – visando avaliar as repercussões das ações realizadas”. Essas ocorrências, infelizmente não pouco frequentes, possibilitam que sejam analisadas a eficácia e a resolutividade do sistema de serviços de saúde à disposição da população e, por consequência, o grau de alcance da integralidade na atenção à saúde.

Nas práticas avaliativas são utilizados tanto o evento-sentinel como a condição marcadora. Para Penna (2006, p. 122), a condição marcadora, ou traçador, “seria uma técnica de avaliação conjunta de processo e resultado, este último, concebido como benefício produzido pela assistência à saúde ofertada ao paciente”.

⁸ Como garantia de anonimato estamos empregando um nome fictício ao sujeito do estudo.

Em nosso estudo, a condição marcadora eleita foi o *diabetes mellitus* e o evento-sentinela decorrente foi a necessidade de hospitalização por complicações desse agravo, particularmente o pé diabético para o qual houve a realização da amputação do hálux direito por necrose, sendo acrescidas a essa complicação a doença renal a esclarecer e a hipertensão arterial.

Para fins de processo de avaliação da qualidade da assistência, estudar apenas a ocorrência da condição marcadora não é o bastante, pois é preciso definir o monitoramento de emergência como forma de alerta para se repensar as ações que estão resultando em falha na atenção à saúde. No processo de avaliação da qualidade da assistência prestada o evento-sentinela surge como esse monitoramento de emergência, caracterizando-se, dessa forma, como um evento evitável e que merece a devida atenção por parte dos gestores locais nos serviços de saúde (HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL; CONTANDRIOPOULOS, 1996; PENNA, 2006; LOPES; VIEIRA; HARTZ, 2004).

O primeiro, dentre muitos outros encontros com o Sr. Pedro aconteceu no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), no período em que ele esteve internado para realização da amputação do hálux direito. Nesse primeiro encontro, ao ser abordado por nós, o Sr. Pedro nos disse que: “[...] *é tanta gente neste hospital que o procura para saber de sua história referente à sua saúde*” (Notas de Observação - 22/01/2007). Assim, já nesse primeiro contato, pudemos perceber como é intensa a manipulação das pessoas durante a hospitalização e, ao mesmo tempo, não se oferece respostas e/ou resolução para os seus problemas de saúde. Ao aproximarmos novamente do Sr. Pedro, dissemos que tínhamos interesse por compreender como estava sendo ofertada a atenção à saúde no município de Sorriso/MT, sendo que ele mostrou um sorriso, concordando em participar do estudo.

Antes de iniciarmos a entrevista propriamente dita, o Sr. Pedro recebeu todas as informações referentes a este estudo, bem como o caráter voluntário e anônimo de sua participação, sendo que ele concordou em participar, ao assinar o Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido após a informação (ANEXO 1).

Após os devidos esclarecimentos iniciamos a nossa entrevista. Estávamos ambos sérios e tensos nesse primeiro contato. A apreensão da lógica do Sr. Pedro foi fundamentada pela abordagem metodológica da **História de Vida**

Focal. Essa abordagem nos permite compreender as experiências e os sentidos a elas atribuídos pela pessoa sobre determinados fatos da vida. Foi por nós denominada de “focal”, por direcionar, nessa temporalidade vivida, a rememoração dos fatos relacionados à experiência de adoecimento e à busca por cuidado empreendida pela pessoa, bem como compreender a lógica que a direcionou e os sentidos por ela vivenciados (ARAÚJO; BELLATO; SANTOS; FARIA, 2007b).

A História de Vida Focal se apóia na subjetividade da pessoa entrevistada, sendo que esta é valorizada como fonte de informação. Essa história vivida foi reconstruída discursivamente, sendo posta em movimento pela **Entrevista em Profundidade** que, de acordo com Minayo (2006), tem como característica ser uma entrevista aberta e/ou não estruturada, com um roteiro invisível, esquemático, mas o pesquisador deverá estar atento aos fatos narrados, balizando a condução da entrevista. Bauer e Gaskell (2005) recomendam a criação de um roteiro norteador para ser utilizado antes, durante e após as entrevistas, mas ressalta o perigo da centralidade no mesmo (APÊNDICE 3).

A entrevista teve como pergunta norteadora: **“Conte-me como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde desde o seu aparecimento até a sua internação no HUJM?”** Por opção própria, elaboramos um roteiro de entrevista que deveria nos ter norteado durante a realização da mesma, sendo que neste constavam temas a serem abordados para que pudéssemos atingir os objetivos do nosso estudo (APÊNDICE 3).

Na prática, percebemos que nesse tipo de abordagem metodológica, quem realmente direciona os fatos é a pessoa entrevistada ao narrar a sua experiência de adoecimento e a busca por cuidado. Essa descoberta nos levou a fazer este longo relato do encontro com o Sr. Pedro.

Sentimo-nos muito mais livres sem o roteiro de entrevista que tínhamos elaborado para essa finalidade, e que utilizamos nas duas entrevistas anteriores. Dessa vez, deixamos as perguntas fluírem e, à medida que o Sr. Pedro nos respondia, ele nos ofertava elementos para a elaboração de novos questionamentos que surgiam, de forma espontânea, nos proporcionando um aprofundamento maior da sua vivência ao lidar com o diabetes mellitus durante esses 15 anos. A atividade de hoje foi muito produtiva. Primeiro porque estávamos no ambiente de identificação do Sr. Pedro, ou seja, na casa de seus familiares, em Cuiabá, e não no ambiente hospitalar. Percebemos que o ambiente

influencia, e muito, nas repostas e nas manifestações da pessoa. Percebemos, também, que a atividade foi desenvolvida de acordo com a abordagem da História de Vida Focal e da Entrevista em Profundidade, onde abandonamos o roteiro elaborado por nós e lançamos mão daquilo que o Sr. Pedro nos devolvia na forma de depoimento. A nosso ver, a entrevista ainda é tida como algo formal. Mas, acreditamos que a atividade de hoje foi muito mais que uma Entrevista em Profundidade, mas sim, um encontro entre pessoas que desenvolveram e fortaleceram as relações de vínculo, de confiança, o que resultou no nosso entendimento, em uma conversa. No entanto, nós a consideramos como uma conversa, devido à naturalidade com que a situação foi fluindo. Hoje, não tínhamos mesa para nos distanciar, o ambiente era outro. Nós estávamos sentados um de frente para o outro. No decorrer da conversa, tivemos momentos de descontração e momentos emotivos em que pudemos compartilhar e dividir com ele a angústia, o medo e as dificuldades impostas pela cronicidade da sua doença. A nossa postura, hoje, como pesquisadoras foi diferente, pois nós estávamos com disposição para ouvir o que essa pessoa tinha a nos dizer através de seus depoimentos. Nós estávamos com disposição para conduzir a conversa de acordo com o que ele nos revelava. Mas isso só foi possível mediante as reflexões feitas com base nas entrevistas realizadas anteriormente, quando pudemos perceber que o roteiro de entrevista que elaboramos prendia a nossa atenção e, ainda, inibia o Sr. Pedro dando a impressão que não estávamos prestando atenção naquilo que ele nos dizia. A partir do momento em que consideramos que o depoimento do Sr. Pedro seria norteador, fomos apenas conduzindo a conversa com naturalidade (Diário de Campo - 22/02/07).

Esse *processo em movimento* nos permitiu identificar os sentidos e significados referentes à experiência de adoecimento e à busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, de forma a perceber, segundo a sua lógica, como as práticas de atenção e de gestão destinadas ao *diabetes mellitus* conseguem, ou não, atender aos princípios da integralidade e da resolutividade frente às suas necessidades de saúde.

Durante essa fase, os encontros não ocorreram somente durante a realização das "conversas", mas em outras situações, como através de um telefonema que nos foi dado por ele para avisar que estava em Cuiabá/ MT. Também tivemos a oportunidade de acompanhar o seu sofrimento, sua angústia ao buscar atendimento no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), durante a fase de

agudização do *diabetes mellitus*, alguns dias após a alta hospitalar que resultou na amputação do hálux direito no HUIJ.

À medida que fomos vivenciando, junto com o Sr. Pedro e a sua família, as manifestações da doença em seu corpo e a busca por cuidado, este ‘ser e estar junto’ do outro nos permitiu ampliar nossos horizontes e, conseqüentemente, a compreensão da experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida por ele e sua família.

A compreensão envolve generosidade de espírito, proximidade, ‘correspondência’. É justamente porque, de certo modo ‘somos partes disso tudo’ que podemos apreender, ou pressentir, as sutilezas, as matizes, as discontinuidades desta ou daquela situação social (MAFFESOLI, 2007, p.49).

Ao acompanhar esse momento crítico da sua vida, pudemos compreender, também, como é a dinâmica do cuidador que, no caso do Sr. Pedro, é o irmão dele, ao lhe prestar cuidado. Esses momentos foram registrados como **Notas de Observação** que nos auxiliaram na apreensão da vivência do Sr. Pedro e de sua família no cuidado à sua condição crônica e nos custos e demandas de outra ordem que não apenas o financeiro, que essa condição impõe. Essa interação obtida tanto com o Sr. Pedro quanto com sua família, pôde proporcionar “a compreensão de seus significados (pois) exige um movimento da interpretação sobre a experiência, entendendo que esta é *feedback* do próprio processo de interação” (GOMES; MENDONÇA, 2002, p. 115).

Ao colocar em prática a abordagem metodológica da História de Vida Focal, Minayo (2006) aponta o uso concomitante da Entrevista em Profundidade e da **Observação Participante**. As observações foram por nós realizadas antes, durante e após os encontros, sendo registradas (ANEXO 4) e, posteriormente, documentado todo o movimento da conversa, desde as alterações no tom da voz, às reações emotivas, como choro, riso ou uma lágrima caindo. A observação participante foi muito útil, pois ela nos apontou elementos não narrados pelo Sr. Pedro e sua família, mas presentes nos espaços, nas relações, nos gestos e

que nos permitiram ampliar a compreensão da experiência de adoecimento e a busca por cuidado por ele empreendida.

As **anotações do diário de campo** foram realizadas, também, após cada encontro, onde registrávamos os nossos *insights* e reflexões sobre as dificuldades e as potencialidades da abordagem metodológica que estava sendo aplicada (ANEXO 3). Como parte operacional da Entrevista em Profundidade, “as conversas” foram gravadas em gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas na íntegra (ANEXO 5), permitindo, assim, uma primeira aproximação com as narrativas através das leituras flutuantes.

Por meio da Entrevista em Profundidade, pudemos aprofundar e esclarecer os sentidos apresentados pelo Sr. Pedro necessitando, dessa forma, da realização de vários encontros para atingirmos nossos objetivos. Na interação com o Sr. Pedro foram realizados 14 (catorze) encontros, no período de 20/01/07 a 14/07/07. Desses encontros, cinco aconteceram juntamente com a família dele que reside em Cuiabá. Os locais de realização dos encontros foram: dois na Clínica cirúrgica do HUJM, dois no Pronto-Atendimento Adulto do HPSMC, três encontros na casa do irmão dele em Cuiabá, três encontros na casa do primo dele em Sorriso/MT, um no setor de Agendamento de exame e consultas do HUJM e três conversas por telefone.

Tanto o Sr. Pedro, como a família do seu irmão, que reside em Cuiabá, acolheram-nos de forma muita aberta e espontânea. A participação dessas pessoas foi importante por mostrar os sofrimentos e as angústias ao procurar ajudar o Sr. Pedro nesse momento da vida, época em que ele estava recém-cirurgiado devido a amputação do hálux direito. A família estava bastante preocupada com a sua situação e, em vários momentos, eles se mostraram angustiados com a volta dele para Sorriso, conforme a observação realizada.

O Sr. Paulo nos disse que, nessa situação, ele não tem condições de trabalhar e de cuidar de si. Os familiares deixaram bem claro essa situação ao questionar como o Sr. Pedro vai poder morar em Sorriso nessas condições, sendo que o mesmo não pode trabalhar. E ainda lembraram da questão da alimentação e do apoio da família que ele tem aqui, em Cuiabá. Inclusive, nos pediram para conversar com o Sr. Pedro para que ele ficasse mais uns seis meses aqui até ele se recuperar para poder pensar em voltar para Sorriso. A família pensa até em construir um quarto no fundo do quintal para o Sr. Pedro ficar. Eles disseram que vão levá-lo na

consulta de retorno marcada para o dia 05/03/07 lá no ambulatório de Nefrologia do HUJM (Notas de Observação - 06/02/07).

A família, além de apresentar dificuldade para planejar o cuidado do Sr. Pedro, mostrou-se frágil diante da fase de agudização da condição crônica do *diabetes mellitus*. Eles também verbalizaram estar carentes de informações sobre a doença e como obter acesso aos serviços de saúde em Cuiabá, conforme a observação que fizemos.

A família nos pareceu bastante preocupada com o estado de saúde do Sr. Pedro, sendo que o Gabriel (sobrinho do Sr. Pedro) afirmou que ele precisa de cuidados e de apoio da família nesse momento. Enfim, no final da conversa eles nos chamaram de ‘Anjo de Deus que apareceu na vida deles para ajudar o tio nessa situação’, pois o que mais sente falta é de informações sobre o sistema de saúde e de seus direitos (Notas de Observação - 06/02/07).

Ao observar a dinâmica familiar frente à condição crônica do *diabetes mellitus*, este nos ofereceu elementos importantes para compreensão da experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida tanto pelo Sr. Pedro, como por eles próprios ao ajudá-lo nessa busca.

Os familiares do Sr. Pedro participaram das conversas “não gravadas”, pois percebemos que eles não se mostravam à vontade para que a conversa ocorresse com gravador ligado, sendo que respeitamos a sua decisão. E à medida que a relação foi sendo estabelecida, conversamos naturalmente sobre as adversidades enfrentadas por eles para resolver os problemas de saúde do Sr. Pedro.

Nesse convívio com a família do Sr. Pedro, percebemos uma situação conflituosa, pois, ao mesmo tempo em que ele se sentia acolhido pelos familiares, também se sentia “incomodando” a família do seu irmão, durante o período de permanência em sua casa.

Todo esse *corpus* de dados, composto pela História de Vida Focal, sendo posta em movimento pela Entrevista em Profundidade, nos possibilitou construir o desenho da trajetória da busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, compondo o **Itinerário Terapêutico** que

[...] comporta os percursos empreendidos por usuários e suas famílias na busca por resolver suas necessidades de saúde e, nesta busca, o modo como traçam esses percursos segundo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes formais e informais de apoio e de pertença, dentre outras, que possam lhes dar uma certa sustentabilidade na experiência do adoecimento e da condição crônica. Comporta, ainda, como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, também segundo sua lógica própria, assim como a maneira como acolhem estes usuários e famílias, atendendo, em certa medida e de certo modo, suas necessidades (BELLATO; ARAÚJO, 2006, p.77-78).

Com base no *corpus* de dados e na composição do Itinerário Terapêutico, foi realizado o mapeamento das unidades de saúde por onde o Sr. Pedro empreendeu sua busca por cuidado. Esse mapeamento direcionou as atividades a serem desenvolvidas nos serviços de saúde localizados no município de Sorriso/ MT, onde foram realizadas a **apreensão de práticas profissionais de atenção e de gestão** aí desenvolvidas e destinadas às pessoas com *diabetes mellitus* desse município, configurando a segunda fase do trabalho de campo.

No planejamento da viagem para o município de Sorriso/ MT, foram contempladas várias atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho da Pesquisa maior à qual este estudo se vincula, tais como: a solicitação da carta de anuência do Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso, da Direção do Escritório Regional de Saúde de Sinop ao qual o município de Sorriso/ MT está ligado e do Secretário Municipal de Saúde do município de Sorriso/ MT.

As atividades de campo, em Sorriso/ MT, foram realizadas entre os dias 24 e 27/07/2007 por um grupo composto por cinco pesquisadores, do qual fazíamos parte, sendo que fomos apreender a lógica dos serviços de saúde, norteados pelo desenho do Itinerário Terapêutico do Sr. Pedro e do menino Lucas, outro sujeito do estudo maior, compondo assim, um *corpus* de análise para o Grupo da Pesquisa. Para o nosso estudo, foram utilizados os dados por nós produzidos durante o trabalho de campo que vieram compor o *corpus* de análise referente à trajetória de busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro nos seguintes serviços: o PSF de sua área de abrangência, situado à margem direita da Rodovia Federal BR 163 (sentido Sorriso/

Sinop), o Centro de Referência para Especialidade Médica (CREM), o Hospital Regional de Sorriso (HRS) e o Posto Central do município.

Nos serviços de saúde foi empregada a estratégia metodológica da **observação de práticas profissionais de atenção e de gestão** voltadas às pessoas com *diabetes mellitus*, assim como a seleção de documentos referentes a tais práticas e o próprio prontuário do Sr. Pedro no PSF. O *corpus* de análise daí resultante nos permitiu a compreensão de como se efetuam e se concretizam tais práticas no município de Sorriso/ MT, e de que forma elas atendem, ou não, ao princípio da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde às pessoas com *diabetes mellitus*.

Também foram realizadas **imagens fotográficas** como recurso de registro dos dados, mediante o consentimento formalizado dos profissionais, bem como das demais pessoas que estavam nos serviços de saúde. A utilização desse recurso como documento nos permitiu o registro de “ações temporais e dos acontecimentos reais” (ARAÚJO, 2007b, p.3). Para esse tipo de recurso, procedemos da seguinte maneira: o registro de imagem; a composição e a leitura da imagem (APÊNDICE 2). Obtivemos também autorização formalizada das pessoas para o uso da imagem no âmbito exclusivo da divulgação científica do Projeto da Pesquisa “BR 163” (ANEXO 2).

Neste estudo, as práticas profissionais são entendidas com base em Araújo (2005, p. 44) que as considera “[...] como domínio de análise, sendo entendidas como modo de atuar e, por sua vez, de pensá-las; são essas práticas que dão chave da inteligibilidade para a constituição correlativa do sujeito e do objeto”. Assim, partimos do pressuposto de que as práticas são esses modos de agir e de pensar que direcionam as ações em saúde, ou seja, nos falam da sua racionalidade.

Com base na observação das práticas profissionais de atenção e de gestão, bem como a análise dos registros de imagens fotográficas realizadas, pudemos apreender o cotidiano dos serviços de saúde. E no momento da observação,

[...] o papel do pesquisador é, não tanto de participação na vida cotidiana do grupo, mas de estranhamento através do qual é possível indagar de práticas que nos constituem profundamente que nem as percebemos mais como aprendidas; ou seja, a partir da metáfora do olhar estrangeiro (ARAÚJO; AZEVEDO, 2006, p.11).

Através do nosso “olhar estrangeiro” pudemos descrever a racionalidade presente nas práticas profissionais de atenção e de gestão e como essas apreendem as necessidades de saúde das pessoas com *diabetes mellitus* que demandam cuidado contínuo e prolongado nos serviços de saúde buscados pelo Sr. Pedro no município de Sorriso. As observações foram documentadas e analisadas em instrumento elaborado para esse fim (APÊNDICE 1). O *corpus* de análise das práticas observadas e de registro de imagem foi composto a partir da eleição prévia de **casos exemplares** de práticas profissionais de atenção e de gestão focalizadas no *diabetes mellitus*.

Os casos exemplares evidenciam “[...] as regularidades das práticas que são demonstradas, não se desconsiderando, no entanto, as dissonâncias. [...] São seleções de fatos, de ocorrências, ou acontecimentos que sintetizam significados importantes [...]” (ARAÚJO; AZEVEDO, 2006, p.20). Considera-se, ainda, que os casos exemplares se efetuem através da **materialidade das práticas** concretas que dão força aos discursos nas ações em saúde e na construção dos sujeitos desse contexto.

Assim, se as práticas são modos de agir e de pensar e que promovem a concretização dos modos de ser dos sujeitos, estas podem ser evidenciadas pela apreensão da sua materialidade tanto discursiva como não-discursiva. Com base em Araújo (2005), a **materialidade discursiva** nos permitiu apreender os discursos que são observados ou documentados, produzidos por trabalhadores, particularmente médicos e enfermeiros. Já a **materialidade não-discursiva** foi por nós observados

[...] através de imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador, tais como formas, processos, organizações, localizações, disposições, relações, procedimentos, técnicas e demais execuções (ARAÚJO; AZEVEDO, 2006, p. 14).

As práticas profissionais de atenção e de gestão eleitas no bojo da pesquisa maior⁹ e que compuseram o *corpus* de análise também neste estudo foram: o agendamento¹⁰, a consulta médica, o atendimento de enfermagem e o encaminhamento, visto serem representativas de um certo modo de operar uma certa racionalidade no atendimento em saúde. Essas práticas foram por nós observados nos diversos níveis de atenção e de gestão nos serviços de saúde no município de Sorriso.

A prática médica foi analisada com base nas falas do Sr. Pedro e nos dados registrados no prontuário da unidade do PSF de sua referência. Nessa segunda fase de composição dos dados não estava prevista a observação da prática de educação em saúde. No entanto, por considerarmos os sentidos e os significados que emergiram das narrativas do Sr. Pedro, tais práticas foram apontadas como importantes. Com base nisso, foram realizados registros de imagens de práticas de educação em saúde, para posterior leitura e análise das mesmas. Em relação às práticas desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde, estas não foram observadas. Mas, através das narrativas do Sr. Pedro pudemos apreender o modo de agir destes membros da equipe do PSF do qual faz parte.

Em Sorriso, além do trabalho de campo realizado nos serviços de saúde, tivemos a oportunidade de conhecer o contexto de vida do Sr. Pedro e do espaço compartilhado com o seu primo, o Sr. Miguel, o que nos ajudou a compreender a vivência da condição crônica, como também o significado desse espaço na sua vida. Desta forma, tivemos três encontros com o Sr. Miguel, durante os quais foi possível conversarmos e, também, realizarmos o registro de imagens de sua casa e família.

Durante todo o percurso metodológico, este estudo atendeu integralmente aos preceitos éticos e legais da Resolução 196/CNS/96 (BRASIL, 1996) que trata de Pesquisas que envolvem seres humanos. Como este estudo se constituiu em um sub-projeto do projeto de pesquisa maior, este último foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUJM/ UFMT, sendo que seu parecer final de aprovação foi emitido sob o nº. 235/ CEP – HUJM/ 2005.

⁹ Sub-Projeto II no âmbito da Pesquisa "*Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso*" Faculdade de Enfermagem/ UFMT: Cuiabá, 2006.

¹⁰ Agendamento: termo que é sinônimo de marcação de consulta, utilizado pela Central Estadual de Regulação de Mato Grosso (CER – SUS/ MT)

No que se refere à análise do *corpus* de dados por nós obtidos, esta foi feita, primeiramente, através de **leitura flutuante** de todo o material transcrito e digitado das entrevistas e observações realizadas com o Sr. Pedro e sua família, buscando apreender o sentido da sua experiência. Em seguida, procedemos à **releitura exaustiva** de modo a buscar as unidades de significados aí contidas.

Na busca pelas unidades de significados não há métodos e técnicas específicas para compreender o fenômeno estudado, sendo que esta compreensão, “[...] não é dada a partir de padrões de procedimentos preestabelecidos como corretos para o desenvolvimento da pesquisa. Mas, essa resposta depende da *intuitividade* e da *habilidade* do pesquisador” (MARTINS; BICUDO, 2005, p.23). Baseado nesses autores, o nosso estudo buscou nas narrativas a subjetividade do Sr Pedro no que se refere a sua experiência de adoecimento e a busca por cuidado.

Ao se concentrar nos significados, o pesquisador não está preocupado com fatos, mas com, o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa. Ao deter-se no significado expresso pelo sujeito sobre sua experiência, o pesquisador descobre certos determinantes sobre as situações e sobre o sujeito. Essas situações, uma vez descobertas como genuínas, podem apresentar-se ao pesquisador como dados. Entretanto, ele não está apenas interessado nos dados, mas também nos significados atribuídos pelo sujeito (MARTINS; BICUDO, 2005, p. 93-94).

Nessa fase fizemos a **leitura horizontal**, interpretando o material composto pelas narrativas e as observações realizadas nos encontros de entrevista, tendo a experiência de adoecimento e de busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro como nosso ponto de partida e foco central de análise (MARTINS; BICUDO, 2005). À medida que fomos fazendo essas leituras, de forma exaustiva, e através dos significados que emergiram, surgiu o primeiro conjunto de agrupamentos oriundo das narrativas e das observações. Essa fase, por não ser considerada rígida, nos permitiu movimentos de ir e de vir mediante as leituras, criando as unidades de significados, apontando as primeiras *formas* desse vivido. Com base em Maffesoli, a noção de forma

[...] parece bastante adequada para descrever, de dentro, os contornos, os limites e a necessidade das situações e das

representações constitutivas da vida cotidiana. Assim se tempera a rigidez do estruturalismo, preservando-se, porém, sua pertinente perspectiva relativa à invariância; trata-se, portanto, de modulação temperada que permite apreender tanto a labilidade, quanto as cálidas correntes do vivido (MAFFESOLI, 2007, p. 31).

Segundo Maffesoli (2007), a invariância é aquilo que estabelece regularidades, sem desprezar a compreensão das crises, das mudanças e das modulações, ou seja, tudo o que diz respeito à vida de todos os dias, moldada por repetições ou remissões, latentes ou manifestas, aos arquétipos ou aos estereótipos. Assim, a *forma* permite a atenção ao particular sem que sejam negligenciadas as características essenciais. E foi com esse olhar que fomos compondo os agrupamentos dos dados e seus sentidos.

Nesse momento, utilizamos o recurso do “recorta e cola”, compondo agrupamentos ou *quadros* que nos permitiram “revelar em cores nítidas as diversas facetas da vida em seu desenvolvimento” (MAFFESOLI, 2007, p.112). Com base nesses elementos apontados por Maffesoli pudemos criar os primeiros agrupamentos, de modo que nos oferecesse visibilidade para os sentidos e significados que emergiram das narrativas e das observações realizadas com o Sr. Pedro.

Dessa forma, a leitura horizontal dos dados teve por objetivo a *busca por correspondência*, ou seja, “a necessidade de pôr em evidência o entrecruzamento dos afetos e das ações, que constitui o essencial destas atitudes minúsculas encontradas na própria base da vida de todos os dias” (MAFFESOLI, 2007, p. 171). Nesse sentido, a correspondência centra todo o esforço de compreensão na globalidade em movimento, no equilíbrio móvel da vida social.

Após os refinamentos das unidades de análise, estas apresentaram semelhanças entre si, embora também houvesse dissonâncias que foram por nós devidamente consideradas. Os primeiros agrupamentos foram assim constituídos:

- A pessoa com *diabetes mellitus* em condição crônica: a percepção da doença; a repercussão da doença no seu cotidiano: “o *diabetes* é um problema”; cuidados com a insulina; “o *comer*” e as restrições; e múltiplos custos;

- A organização local e regional dos serviços de saúde: as práticas de saúde: prática médica; terminologia médica; “*não resolveu o problema*”; “*resolveu o problema*”; “*enfermeiras*” e a rotina das práticas de saúde;
- Regulação em saúde.

Além disso, procedemos, também, à leitura do *corpus* de análise composto pelos registros dos profissionais da equipe do PSF no prontuário do Sr. Pedro, pelas observações e pela leitura dos registros de imagens fotográficas das práticas profissionais de atenção e de gestão voltadas ao *diabetes mellitus* desenvolvidas nos serviços de saúde por ele procurados em Sorriso/ MT. Após as leituras, novos elementos foram sendo acrescentados para compor os agrupamentos com base naquilo que emergiu do *corpus* de dados, os quais foram:

- Agendamento de consulta médica e exame realizado tanto na unidade de PSF de referência para o Sr. Pedro, como na “Central de Vagas” no município de Sorriso/MT;
- O sistema de referência e contra-referência;
- Regulação em saúde;
- Prática médica;
- Prática de educação em saúde com grupo de pessoas com hipertensão arterial e/ou com *diabetes mellitus*;
- Prática de Enfermagem: curativo e consulta de enfermagem;
- Agente comunitário de saúde;
- Organização local dos serviços de saúde voltados às pessoas com *diabetes mellitus*.

Nesse *corpus* de dados foram acrescentadas, também, as observações do contexto de vida do Sr. Pedro e a leitura dos registros de imagens realizadas na sua casa em Sorriso.

Em seguida, procedemos à **leitura transversal** do *corpus* de dados como um todo, no qual identificamos uma certa *correspondência*, tendo em vista que a vivência da condição crônica do *diabetes mellitus* e o modo como os serviços de saúde disponibilizam o cuidado acontecem de maneira concomitante. A leitura

transversal foi procedida em virtude da necessidade de uma compreensão ampliada do *corpus* de dados.

A busca por compor as *formas* que retratassem a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro não nos permitiu a redução a um mínimo denominador comum, ou seja, destacar apenas o que perpassa os três *corpus* individuais de dados, dando relevância a esse "em comum". Mas, foi necessário, também, fazer a correspondência dos elementos que se apresentavam para análise, ou seja,

[...] a reduzir ao menor denominador comum, é preferível *compreender*, em sentido estrito, estes entrecruzamentos de paixões e razões, de sentimentos e cálculos, de devaneios e ações que se chama sociedade [...] A esse respeito é a analogia inteiramente pertinente; ela, efetivamente, aglutina e liga entre si situações aparentemente dispersas. À maneira das "colagens"... trata de reunir num mesmo gesto, formas e conteúdos que, mesmo se encontrando dispersos, nem por isso deixam de fazer parte da estrutura mundana em uma dada época. A colagem é *strictu sensu* uma *metáfora*: transporta para um mesmo lugar e reúne (MAFFESOLI, 2007, p. 148).

Partindo dessa *condição de possibilidade* para a compreensão dos dados, obtivemos uma nova reorganização, que nos permitiu aglutinar, inicialmente, duas lógicas que se interpõem no cotidiano da condição crônica do *diabetes mellitus*, ou seja, a lógica do Sr. Pedro na sua busca por cuidado e a lógica dos serviços e profissionais de saúde que disponibilizam, ou não, esse cuidado.

- A vivência de uma condição crônica: contexto de vida; necessidade de saúde; repercussão da doença no cotidiano; sentimento de incapacidade;
- Práticas de atenção: prática médica, prática de educação em saúde, prática de enfermagem; acessibilidade, e o agente comunitário de saúde;
- Regulação em saúde: agendamento, o sistema de referência e contra referência;
- Organização local/ regional dos serviços de saúde.

Nesse percurso metodológico, após a leitura horizontal e a análise desses novos agrupamentos, fomos construindo, concomitantemente, o desenho da trajetória espacial e temporal da busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, nos aproximando, cada vez mais, da composição do Itinerário Terapêutico em sua potencialidade. Nesse momento, as *correspondências* entre as duas lógicas, tanto a do Sr. Pedro como a dos serviços de saúde, se cruzam e se interpõem, configurando uma *harmonia conflitual* (MAFFESOLI, 2007).

Sendo assim, os agrupamentos oriundos de todo o *corpus* de análises, tendo a integralidade e a resolutividade como eixo condutor dessa discussão, foram organizados conforme mostrado a seguir:

1. **A vivência da condição crônica do *diabetes mellitus*:** contexto de vida e a repercussão da doença no cotidiano de quem a experiencia;
2. **A implicação da organização dos serviços de saúde na busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro:** esse agrupamento contém a descrição das práticas de atenção e de gestão realizadas no município de Sorriso destinadas às pessoas com *diabetes mellitus*. Aqui indagamos como essas práticas disponibilizam a atenção e os efeitos que elas produzem, tanto na construção da experiência de adoecimento, quanto na busca por cuidados empreendida pela pessoa doente;
3. **O itinerário terapêutico possibilitando a compreensão da integralidade na atenção à saúde na condição crônica do *diabetes mellitus*:** o desenho do Itinerário Terapêutico será apresentado como eixo tensionador da lógica do Sr. Pedro e da lógica dos serviços de saúde ao ofertar atendimento às suas necessidades de saúde.

A composição dos Itinerários Terapêuticos tem sido apontada pelo Grupo da Pesquisa maior como uma tecnologia analítica que nos permite a avaliação de como os serviços conseguem, ou não, atender aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde às pessoas em condição crônica, e de que forma essas respondem à oferta e à acessibilidade aos serviços de saúde, ao buscarem resolutividade para os seus problemas de saúde.

Dessa maneira, no próximo capítulo estaremos descrevendo esse cotidiano marcado pela experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro. Mesmo diante das adversidades impostas pela condição crônica, essa pessoa emitiu ruídos de sua vida cotidiana, porém as práticas profissionais de atenção e de gestão, ainda não conseguem captar esses sons. Contudo, Maffesoli (2005, p. 84), afirma que “não há nada a eliminar naquilo que convida a ser visto, naquilo que convida a ser vivido. Mais ainda, no seio da pluralidade das coisas existe até uma misteriosa correspondência que precisa ser encontrada”.

Foi nossa pretensão apresentar este Estudo de Caso sobre a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus*, tendo como sustentáculo dessa experiência o seu cotidiano. Serviu-nos, também, de elemento de análise para essa compreensão a maneira como os serviços de saúde ofertam a atenção à saúde para pessoas que demandam cuidado contínuo e prolongado. Enfim, este estudo descreve um olhar lançado para o SUS, a partir da lógica da pessoa com *diabetes mellitus*.

5.0 A VIVÊNCIA DA CONDIÇÃO CRÔNICA DO *DIABETES MELLITUS*

Neste capítulo, contemplaremos a descrição da vivência da condição crônica do *diabetes mellitus* pelo Sr. Pedro, trazendo também o seu contexto de vida e as repercussões da doença no seu cotidiano. A realidade por ele vivida ainda não é apreendida pelos profissionais da área da saúde em relação ao modo como enfrenta as adversidades impostas pela condição crônica e quais são as soluções possíveis que encontra para as mesmas no seu cotidiano.

Temos observado que as pessoas, após receber a confirmação do diagnóstico positivo para o *diabetes mellitus* passam a ser rotuladas de “diabéticas” e/ou “portadoras de diabetes”. A conotação que esse novo *status* apresenta reflete também nas práticas profissionais de atenção e de gestão realizadas nos serviços de saúde, visto que tais práticas estão centradas na doença e não na pessoa. A expressão “portador” de *diabetes mellitus*, usada comumente, nos remete à idéia de que esta doença seja passageira e/ou momentânea, sendo erroneamente interpretada.

Como sabemos o *diabetes mellitus* é uma condição crônica na qual a pessoa é forçada a fazer rearranjos em sua vida cotidiana que implicam na aceitação da doença e suas conseqüências. Tal aceitação, ou não, se embasa em toda uma carga de experiência e de aprendizagem relacionadas ao adoecimento e que foram sendo tecidas ao longo da vida, estando carregadas de sentimentos, de perdas, frustrações, bem como pela busca de um querer viver para além das limitações que a doença traz.

A forma como o *diabetes mellitus* se apresenta na vida dessas pessoas é tão intensa que as obriga a um redirecionamento de suas vidas. Entretanto, as práticas profissionais de atenção à saúde a essas pessoas devem se nortear pelo conhecimento acerca desse contexto, assim como das repercussões que o *diabetes mellitus* aí promove, pois, dessa forma, se consegue almejar a integralidade em saúde.

5.1 O contexto de vida

Guiou-nos, portanto, a perspectiva de que para compreender a experiência do adoecimento e a busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro seria necessário, primeiramente, compreender o seu cotidiano, pois é nesse viver diário, sendo percebido como banal e insignificante pelos outros, que acontece com toda a intensidade o seu modo de viver com a condição crônica do *diabetes mellitus*.

Esse cotidiano é tecido por medos, incertezas, pelo *jogo duplo* que se constrói entre os mecanismos de aceitação, de *transgressão*, de fuga e o de uma *resistência passiva* ao *deve ser* que a condição crônica lhe impõe (PINHO, 2000; MAFFESOLI, 2001). Tais mecanismos perpassam o cotidiano de pessoas que, como o Sr. Pedro, tentam, do seu modo, sobreviver às inúmeras imposições e determinações a que a doença obriga, e que são reforçadas pelas práticas prescritivas dos profissionais de saúde que não compreendem as dificuldades e os desafios que vivenciam e o estado constante de atenção e de tensão quanto às fases de agudização da doença.

É nessa vida de todo dia que são tecidas as novas formas de um viver alicerçado por um sentimento de ambigüidade em que, ao mesmo tempo, tem-se a sensação do limite e da terminalidade sendo tensionada com um querer viver e uma necessidade de se aproveitar o aqui e agora, podendo gerar transgressões como forma de viver este instante. Assim, a maneira como cada pessoa experimenta e vivencia o seu processo de adoecer é única e pessoal.

A doença faz parte da vida do Sr. Pedro, sendo assim não há como atender as suas reais necessidades de saúde sem compreender o seu contexto de vida, como também, as inúmeras repercussões que o *diabetes mellitus* promove no seu cotidiano, sendo marcadas por problemas de ordem financeira e pessoal, promovendo a sua percepção da doença como “*um problema*”, pois, nas suas palavras “*o diabetes é um problema [...] diabetes é muito complicado*”.

No nosso primeiro encontro, o Sr. Pedro apresentou-se um tanto calado, respondendo as nossas perguntas com frases curtas. Mas, à medida que a relação de vínculo foi sendo fortalecida, amparada pela segurança e pela nossa *disposição para* ouvi-lo, este nos convidou, através de suas narrativas, a

compreender o seu cotidiano marcado pela doença e, principalmente, pelas *pequenas mortes* de todos os dias representadas pelas perdas cotidianas (MAFFESOLI, 2001) em sua forma de viver anterior que a doença lhe impôs.

O Sr. Pedro é nordestino, com um sotaque forte da sua terra natal, tem 52 anos, separado e se apresentou como mecânico de profissão. Nas narrativas, expressou-se com muito saudosismo da sua terra natal, relembrando a família e as filhas que deixou lá. E nessas lembranças foram incluídas, também, a descoberta do *diabetes mellitus*, conforme as falas a seguir.

É onde as minhas filhas moram. Tão tudo lá, o meu pessoal lá, minha família, meus primos, meus parentes, tudo moram lá. Lá que eu me criei. [...] Foi no Nordeste [...] Fiz exame e descobriu lá na minha cidade. É eu to com 15 anos que tenho diabetes, pressão alta. Todo esse tempo. De 15 anos para cá, com esse problema.

O *diabetes mellitus*, atualmente, é percebido como mais um problema em sua vida devido às fases de agudização da doença que se tornaram cada vez mais freqüentes. Antes disso, o *diabetes mellitus* não era sentido por ele como um problema, visto que suas manifestações não eram percebidas, comparando-se com o seu estado atual de saúde. Sendo assim, como a doença ainda não se manifestava de maneira clara em seu corpo, o seu cotidiano acontecia com menos limites e restrições em relação ao seu modo de viver.

O Sr. Pedro veio para o Estado de Mato Grosso a convite do Sr. Paulo, seu irmão, que atualmente reside em Cuiabá. Ele já morou em Peixoto de Azevedo, na época do auge do garimpo, onde, junto com o seu primo, o Sr. Miguel, também desenvolvia as atividades de extração de ouro.

Após esse período no garimpo, o Sr. Pedro passou a residir no município de Sorriso. Nessa cidade, ele reside há mais ou menos 10 anos, morando sozinho em uma “*kitnet*”, como assim ele denomina sua casa. Essa “*kitnet*” está localizada no terreno onde também reside o seu primo, o Sr. Miguel, mas “[...] *ele tem a casa dele e eu moro na minha. Num apartamento. É pertinho um do outro*”. A casa do Sr. Miguel é de alvenaria com duas peças divididas por uma cortina, sendo que este também mora sozinho em sua “*Kitnet*”. Tivemos oportunidade de conhecer sua residência no trabalho de campo realizado em Sorriso:

A entrada da casa do Sr. Pedro está localizada no corredor que dá acesso a varias kit nets de madeira, uma ao lado da outra, sendo que cada uma delas tem sua própria entrada. Essas kit nets têm paredes de madeira em comum. Nos fundos, a área é comum a todos com tanque de lavar roupa, dois banheiros, e um fogareiro com carvão. O corredor é cimentado e o muro é baixo, o que possibilita enxergar o corredor lateral da igreja que tinha um varal com roupas estendidas. [...] As paredes de tábua assim como as telhas de Eternit possuem frestas. [...] Na entrada do corredor, tem uma caixa d' água de fibra erguida por pilares. E perto desses pilares estão guardadas as ferramentas da bicicletaria do Sr. Pedro que ficaram trancadas no cadeado num baú de madeira. Tinha um cômodo de alvenaria que fica ao lado da casa do Sr. Miguel, sendo que este foi lacrado com uma telha de Eternit (Notas de Observação - 25/06/07).

Nesse espaço vivido se territorializam as referências de casa, de trabalho, de identidade cultural e familiar do Sr. Pedro. É nesse espaço compartilhado que se praticam as relações de troca, permeadas do sentimento de solidariedade e de ser e estar junto, que se constitui na socialidade. Maffesoli (2004) descreve esse território e espaço em que se vive em conjunto com o outro como:

[...] um sentimento reforçado de inserção, de compartilhamento emocional. Em suma, ao fato de que o lugar produz um vínculo. Um vínculo que não se constitui a partir de um ideal distante, mas que, muito pelo contrário, baseia-se organicamente na posse comum de valores arraigados: língua costumes, culinária, posturas corporais (MAFFESOLI, 2004, p.22).

Partindo dessa concepção de território e espaço como elementos importantes na relação de vínculo e de identificação, o município de Sorriso se apresenta como um lugar importante e de referência na vida do Sr. Pedro.

[...] É Sorriso eu achei bom porque tem muito lugar que a gente não se acostuma. E têm outros que a gente se acostuma que... tem gente diz que lá é ruim. É porque não se acostumou. Não se acostumou no lugar para trabalhar. Não se deu com o povo de lá. [...] É porque eu já andei em muitas cidades, mas eu nunca tinha parado assim num lugar. Eu andei muito, mas não fui de morar muito nesses lugares, não. Quando era ruim, eu saía logo.

O município de Sorriso despertou essa vontade de se fixar. O bairro em que reside traz consigo a representação da sua terra natal, desde o modo de falar e os costumes do povo nordestino. Esse bairro faz com que o Sr. Pedro projete o imaginário da sua terra natal. Sendo assim,

[...] o espaço é o lugar das figurações, é ressaltar a inscrição mundana de nossas representações, é mostrar que nossos sonhos e as nossas práticas cotidianas se enraízam e territorializam num húmus que é fator de socialidade (MAFFESOLI, 2001, p.83).

Durante o trabalho de campo percorremos, de carro, o trajeto do bairro do Sr. Pedro até o Posto de Saúde, e pudemos conhecer um pouco a história e as características do município de Sorriso.

O motorista nos relatou que a parte central, onde estávamos, foi colonizada por sulistas e que, na época, a cidade produzia muito arroz. E por isso o nome da cidade “Sorriso” que significa “só arroz” em italiano. Na área central, há predominância dos gaúchos e de suas tradições como os CTGs, a música gaúcha e o chimarrão. [...] Os bairros que estão localizados atrás dos armazéns, do outro lado da BR 163, foram habitados por pessoas que vieram do Nordeste. [...] Essas pessoas vieram do garimpo que entrou na fase da decadência em Peixoto do Azevedo/MT. Então, essas pessoas vieram morar em Sorriso na época em que se estavam abrindo os campos para a plantação. [...] Esses bairros que estão localizados atrás dos armazéns têm características da cultura nordestina. Enquanto esses bairros dançam e tocam forró, o outro lado da cidade dança vanerão (Notas de Observação - 25/06/07).

Muitas pessoas foram para esse município devido à oferta de emprego na lavoura para extrair as raízes que as máquinas de desmate não davam conta de arrancar do solo. Grande parte delas vieram de Peixoto de Azevedo/ MT, por conta da queda do período do garimpo, como foi a história do Sr. Pedro e do Sr. Miguel que, assim como outros nordestinos, tornaram-se mão de obra no campo. E, como resultante desse processo de migração, os bairros localizados atrás dos armazéns mantêm, ainda, as tradições nordestinas como a dança do forró e as comidas típicas. Sendo assim, o bairro onde o Sr. Pedro reside mantém viva a

lembrança da sua origem e de seus costumes e, mesmo estando tanto tempo distante de sua terra natal, ele ainda mantém o sotaque característico do povo nordestino.

Ao chegar em Sorriso, o Sr. Pedro trabalhou numa empresa de Armazéns de Grãos, na qual permaneceu por cinco anos. Nessa época, já sabendo que tinha *diabetes mellitus*, fazia acompanhamento e tratamento com o médico da empresa, procurando o posto de saúde para pegar as medicações prescritas por esse médico e/ou quando se sentia mal.

Depois de ter saído da empresa, o Sr. Pedro começou a trabalhar com o conserto de bicicletas, de onde tirava o seu sustento. A sua bicicletaria está localizada no mesmo local onde reside. Porém, nas fases de agudização da doença, foi obrigado a parar as suas atividades, conforme sua narrativa:

[...] Eu tava trabalhando e agora não posso tá trabalhando agora porque eu to doente. To doente das pernas. [...] Não tinha carteira assinada. Trabalho por minha conta. [...] É por que... Doente... É porque a gente tá aí trabalhando e tem que pegar um ferro. Aí incha as pernas É esse que eu to com cuidado. Porque quando eu ia trabalhar eu podia pegar nas coisas, nos ferros porque quem trabalha num negócio de bicicletaria tem que estar pegando bicicleta, ferros, e batendo e ajeitando e aí tudo mais. E aí eu não posso fazer isso agora. Enquanto eu não ficar bom mesmo como é que eu vou pegar no ferro? Se eu pegar vai inchar as minhas pernas de novo (tom de voz triste).

Nesse momento de sua vida, o Sr. Pedro começa a instituir novas normas e escolhas em decorrência da percepção de manifestação da doença no seu corpo, resultando nas limitações e nas restrições de suas atividades diárias. Além disso, surge a queda da auto-estima como parte desse processo e em virtude da dificuldade de prover o próprio sustento. É nesse processo de possibilidades e limitações que passam a ser construídas as experiências de adoecimento, em um movimento contínuo ao longo de sua vida, no qual vão sendo tecidos conhecimentos a partir de fatos concretos do seu cotidiano em relação ao seu sentir-se saudável e sentir-se doente.

Nos dias atuais, o Sr. Pedro está afastado de suas atividades profissionais, recebendo o benefício do “Auxílio Doença”, pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Antes de receber o benefício, e mesmo em outras situações, o Sr. Pedro dispõe de uma rede de apoio constituída por familiares,

amigos, entre outras pessoas, com quem pode contar nas suas dificuldades financeiras e de outras ordens. São pessoas que compartilharam e vivenciaram as suas dificuldades advindas das fases de agudização da doença.

É que eu tenho a Antonia. Tenho o meu primo lá que me ajudam lá com esses problemas. Tenho amigos. (Antonia) é uma colega da gente, muita íntima também. É como você assim, colega da gente.

Esse sentimento de solidariedade para com o Sr. Pedro é despertado por essas pessoas que apresentam um signo de reconhecimento e lhe oferecem apoio, baseados em sentimentos de segurança e vínculo, bem como o reconhecimento da precariedade vivida por ele (MAFFESOLI, 2001).

Nessa rede de apoio o Sr. Pedro passou a nos considerar como “*colega da gente*”. Nossa relação de vínculo foi sendo tecida gradativamente, à medida que fomos despertando nele sentimentos de confiança e de respeito e, o mais importante, por nos apresentarmos com *disposição para* ouvi-lo. Naquele momento, ele necessitava que alguém o olhasse e ouvisse as suas dificuldades, seus anseios, suas dúvidas e seus medos diante da amputação do hálux direito sofrida há seis meses devido à necrose por má circulação de extremidades. Durante a internação, ele apresentou momentos de negação e de fuga em relação à amputação, quando demonstrava que a sua preocupação maior era com a sua situação financeira.

O problema foi só esse que deu. Problema, problema do diabetes. Agora, o que tá dando problema é esse, problema do dinheiro aí. Como é que eu vou ficar? Sem receber o dinheiro, como é que eu vou passar?

Pudemos perceber a necessidade que o Sr. Pedro tinha de um olhar e uma escuta atenta que possibilitassem compreender as suas necessidades de saúde, sendo que precisaria ir muito além de um olhar e de um ouvir meramente técnico. Sobre isso, Cecílio (2006) nos chama a atenção para o fato de que devemos fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam *cuidados de saúde*, tomando suas necessidades como centro de nossas intervenções e práticas.

Nos nossos encontros o Sr. Pedro, assim como sua família, tinham como necessidade de saúde maior obter informações sobre o *diabetes mellitus* e as

repercussões deste no seu cotidiano. E essa *disposição para* ouvi-los e reconhecê-los como pessoas importantes, carentes de informações sobre assuntos que vão muito além dos problemas de saúde, fez com que, em um de nossos encontros, o sobrinho dele nos dissesse que “[...] *ainda bem que você apareceu para nos orientar [...]*” (Notas de Observação - 06/02/07).

Ao narrar a sua história de vida, o Sr. Pedro demonstrava sentimentos de saudade por estar distante das filhas que não viu crescer e também de sua família no Nordeste. E sobre isso ele nos disse que “[...] *deixou as filhas, ainda, pequenas e que elas choram pedindo para ver o pai. Nessa hora, os seus olhos se encheram de lágrimas novamente*” (Notas de Observação - 22/02/07).

Mesmo distante da família e das suas filhas mantinha contato com elas através de cartas, fotos e telefonemas. Há também o sentimento de perda por não ter podido vivenciar o funeral dos pais. O álbum de fotos lhe permite acompanhar a família mesmo estando distante, mas esse álbum é, também, a prova concreta de suas escolhas e das conseqüências destas, conforme o que observamos.

[...] *Ele nos mostrou seu álbum, no qual havia fotos das filhas que mandavam para ele. As fotos do velório da mãe e do pai dele e, inclusive, do túmulo deles. [...] Também nos mostrou as fotos de seus parentes* (Notas de Observação – 14/07/07).

Esse processo de rememorar trouxe consigo a avaliação das escolhas feitas ao longo de sua vida, quando era mais jovem e saudável, mas que se mostram de maneira pungente nesse momento de adoecimento agravado. Nesse momento, ele também pode fazer projeções futuras em relação a sua vida e ao *diabetes mellitus*. E, longe dos modelos ideais de bem viver, percebemos que a estruturação da vida cotidiana é baseada em sentimentos, práticas e atitudes que coexistem, muitas vezes, de forma conflituosa (MAFFESOLI, 2004). Devido às dificuldades financeiras, o Sr. Pedro não retornou para o Nordeste para ver as filhas e parentes, justificando como causa o “*problema de saúde. Problema de saúde. Aí a gente pega o dinheiro e tem que gastar para se alimentar*”.

Ao justificar a sua não ida em visita à família no Nordeste, o entrevistado nos remete, novamente, ao sentimento de julgamento de suas próprias atitudes e, ao mesmo tempo, nos aponta as suas dificuldades em conviver e aceitar o

diabetes mellitus como parte integrante de sua vida. Este é percebido como um problema e que “veio para modificar a trajetória de vida, como sentido negativo, ou seja, a doença modificou a sua vida para pior” (SILVA, 2001, p. 79).

Mas, ao mesmo tempo em que se encontra distante e sem possibilidade de contar com a presença de suas filhas junto a si, no espaço compartilhado no aqui e agora de sua vida atual, identificamos a figura do Sr. Miguel, seu primo, como uma pessoa importante. O Sr. Miguel é mais novo que o primo, e é o proprietário das “kitnets”, e também morador de uma delas, sendo, portanto, vizinho do Sr. Pedro. Além de ser também nordestino e de ser o parente mais próximo do Sr. Pedro, ele vivenciam um problema em comum, a condição crônica do *diabetes mellitus*.

Ao conhecer essa realidade identificamos a mesma linguagem ao caracterizar o *diabetes mellitus* em suas vidas, num processo de encontro e identificação de uma mesma condição crônica vivenciado pelos dois primos. Ao conversar com o Sr. Miguel, durante o trabalho de campo em Sorriso, este nos disse que:

O diabetes é complicado demais. O diabetes é complicado. Quem tem diabetes é complicado demais. Ele nos disse que tem diabetes há 18 anos. [...] O Sr. Miguel nos disse que ele quer trabalhar e que a vida toda dele trabalhou e que agora não pode mais porque não enxerga direito e disse que enxerga apenas vulto (Notas de Observação - 25/06/07).

A doença é percebida como problema para ambos, mas as formas como eles se expressam é diferente. Enquanto o Sr. Pedro apresenta, através das suas narrativas, um certo conformismo, o Sr. Miguel se expressa com palavras fortes e com certo tom de revolta por estar enxergando apenas vultos e por ter perdido sua capacidade funcional. Nesse aspecto, o cotidiano vivido por ambos foi construído ao compartilharem a mesma condição crônica, porém a experiência de adoecimento deles difere uma da outra.

Mas, esse sentimento negativo com que o Sr. Pedro encara a doença é alimentado, também, pelo seu primo devido às muitas identificações entre ambos. Além de serem parentes de primeiro grau, nordestinos, têm como problema comum em suas vidas a condição crônica do *diabetes mellitus*, configurando-se

como uma referência familiar, embora se constitua em um apoio mútuo. Também a proximidade física e afetiva, por dividirem o mesmo espaço vivido, condiciona as formas de *resistência* diante das normas institucionais de tratamento e acompanhamento para o *diabetes mellitus*.

Como aponta Maffesoli (2004, p. 37), é nesse cotidiano que “repousa uma luta implacável entre diferentes ordens de valor”. E, embora se expressem com intensidades e maneiras diferentes, eles se completam e amenizam os sofrimentos dessa vivência, resultando em um certo equilíbrio, necessário para enfrentamento das dificuldades impostas pela condição crônica. A isso Maffesoli (2001, p. 86) chama de “*enraizamento dinâmico*, bipolaridade que especifica, de modo exemplar, o paradoxal antagonismo de toda a existência”. Toda essa intensidade produzida e vivenciada por eles em relação às conseqüências da condição crônica do *diabetes mellitus*, é expressa por sentimentos afetivos, de identidades em construção, de trocas e de conflitos o que caracteriza a *socialidade*, reforçando esse estar junto (MAFFESOLI, 2001; 2004).

Além do Sr. Miguel, que reside em Sorriso, o Sr. Pedro tem dois irmãos que moram em Cuiabá, capital do Estado. Tivemos a oportunidade de conhecer a família do Sr. Paulo, porém, não a do outro irmão que mora numa chácara e que apresenta um problema de saúde que o impede de se locomover. E quanto à vida do seu outro irmão, o Sr. Pedro não entrou em detalhes.

A família do Sr. Paulo é composta por Dona Joaquina e por mais três filhos adolescentes. Eles têm um filho, o Gabriel, que reside e trabalha como Agente Comunitário de Saúde no antigo bairro onde a família residia em Cuiabá. Todos foram muito receptivos e simpáticos para conosco, também se sentindo acolhidos uma vez que lhes foram possibilitados vários momentos para falar de suas dificuldades e de seus desafios para atender as necessidades de saúde do Sr. Pedro. A família, nos últimos encontros, argumentou desta forma:

O Gabriel nos disse que já falou com o Sr. Pedro sobre a possibilidade de construir um quarto no fundo do quintal para que ele possa morar e que tudo isso depende dele aceitar. Reforçou ainda que: ‘Aqui tem uma família que quer cuidar dele. Mas, tudo isso depende dele. Aqui ele pode recuperar a saúde’ (Notas de Observação - 14/07/07).

Apesar de a família do Sr. Paulo se mostrar disposta a assumi-lo em sua casa, deixar de morar em Sorriso desperta no Sr. Pedro um sentimento conflituoso, pois, ao mesmo tempo em que se sentia amparado, também se percebia como um fardo para a família. Pudemos observar, no entanto, que quando o Sr. Pedro passa “uns dias” em Cuiabá, este promove mudanças na dinâmica da família, desde a necessidade de haver alguém que possa acompanhá-lo nos trajetos entre os serviços de saúde, como também no lugar que ele ocupa na casa, alterando a divisão e arranjo do espaço interno da casa, conforme a observação que fizemos:

O Sr. Pedro nos convidou para entrar na casa de seu irmão e nos levou para uma sala, local onde ele foi acomodado pela família. Nessa sala, a cama de solteiro ficava em direção à porta de entrada da casa e estava forrada com uma colcha de retalhos; em um canto havia uma televisão que ficava em cima de uma grade de cerveja (Nota de Observação - 22/02/07).

Essa dinâmica familiar é realmente alterada e percebida pelo Sr. Pedro, pois ele fica acomodado na sala, onde também se encontra a televisão, sendo o espaço em que todos circulam na casa. Da mesma forma que a televisão tem a capacidade de centralizar o fluxo interno na casa, surge o sentimento de controle e da falta de privacidade nesse cômodo ao ser ocupado pelo Sr. Pedro, podendo ser inferido, ainda, o medo e a vergonha pelo incômodo que promove, pois, como ele mesmo se expressa, “*A gente fica assim um pouco avexado, né? Dando trabalho para outros, né?*”

Além do sentimento de dependência econômica e de apoio aparece, também, a dependência do irmão em relação a sua movimentação pela cidade para realizar o tratamento, percorrendo várias instituições de saúde. Sobre isso, “*perguntamos se o Sr. Pedro sabia andar aqui em Cuiabá, ao que ele não respondeu nada. O Sr. Paulo (irmão) disse que ele nas sabe, pois quando vem para cá, só faz o trajeto para o posto de saúde (Notas de Observação - 06/02/07)*”.

Tivemos a oportunidade de observar que, de fato, a condição crônica nas fases de agudização exige esforço redobrado da família em sua peregrinação pelos serviços de saúde e que esse é mais um ônus a ser computado, entre os muitos custos com os quais a família precisa arcar.

Os custos desta atenção, em suas múltiplas dimensões, não são em geral computados nas análises econômicas do setor saúde e pressupomos que, na condição crônica, sejam os usuários e suas famílias aqueles que acabam assumindo a maior parte dos custos em suas múltiplas dimensões, quais sejam, familiar, profissional, social, afetivas, entre outras (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MAT, 2007 p.3) ¹¹

São situações como essas vivenciadas pelo Sr. Pedro e sua família que o Sistema de Saúde não abarca no planejamento das ações e do acesso aos serviços de saúde. O *diabetes mellitus* é uma condição crônica que demanda cuidado contínuo e prolongado, requerendo dos serviços de saúde novas formas de apreensão das necessidades de saúde dessas pessoas.

Durante um dos encontros para entrevista com o Sr. Pedro, tivemos a oportunidade de observar como é o fluxo de pessoas com o mesmo agravo e de acompanhantes na entrada dos fundos do HUJM. Podemos ainda compreender o que representa para essas pessoas os deslocamentos freqüentes para os serviços de saúde.

As pessoas andavam depressa para ir consultar nos ambulatórios e/ou para agendar consultas/ exames no setor específico. Era mãe carregando o filho de braço. Era mãe puxando o filho. Filho levando a mãe e/ ou pai idoso. E tinha o irmão andando rápido na frente enquanto o outro andava devagar por conta das limitações do seu corpo. Era o Sr. Paulo levando o Sr. Pedro para agendar exames no HUJM. [...] O Sr. Paulo estava diferente hoje, meio que irritado. Pareceu-nos cansado de acompanhar o irmão, o Sr. Pedro, no tratamento de saúde. O Sr. Paulo nos cumprimentou muito diferente. O Sr. Pedro estava quieto, meio apático mesmo. [...] nós vimos o Sr. Paulo andando depressa, sem paciência, e o Sr. Pedro atrás, andando mancando (Notas de Observação - 23/02/07).

Essa sensação de dependência do irmão é manifestada várias vezes pelo Sr. Pedro como “*um problema*”. Porém, apresenta-se apático, calado, o que

¹¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Projeto de pesquisa “**Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso**”. Faculdade de Enfermagem: Cuiabá, 2007.

parece contribuir para a perda de autonomia do seu ir e vir, conseqüentemente “a perda de liberdade e o controle sobre os seus corpos e suas vidas” (SILVA, 2000, p.127).

Nesse cotidiano vivido na casa do irmão aparecem mais duas condições crônicas sendo compartilhadas e experimentadas, pois, tanto o Sr. Paulo como a sua esposa, apresentam hipertensão arterial. Porém, por não serem ainda percebidos sinais e sintomas em seus corpos, parece não se constituir “em um problema”. Ao contrário, nesse cotidiano a condição crônica de destaque e que desperta preocupação e cuidado é a do Sr. Pedro, tornando-se o centro das atenções nas fases de agudização e frente aos sinais e sintomas francamente visíveis e que despertam o seu olhar de preocupação.

O Sr. Paulo nos disse que ficou muito preocupado com o irmão que apresentava, no domingo, muito soluço, mal estar, fraqueza, indigestão, pernas e corpo inchado. E diante desse quadro levou o irmão direto para o Pronto – Socorro (Notas de Observação - 06/02/07).

Apesar de todo o sentimento de desconforto que o medo de estar incomodando gera no Sr. Pedro, ele se sente acolhido e amparado pela família em Cuiabá, o que lhe permite dar continuidade ao seu tratamento. Sobre isso expressa que,

[...] vivia na casa de meu irmão aqui nesse tempo. É, ele me dava almoço, me dava janta, me dava tudo, né? Era ele. É, o problema era esse. [...] É... Eu to com saudade. Faz é dia que eu não vou (para Sorriso) né?

Para o Sr. Pedro, o problema está relacionado ao sentimento de identificação para com o bairro onde mora em Sorriso, onde fortaleceu seu sentimento de pertencimento, fazendo valer as palavras de Maffesoli (2004, p.41) para quem “um grupo se constitui a partir de um lugar”. E, a partir desse lugar, foi construída sua imagem como pertencente a um grupo, o de pessoas com *diabetes mellitus*, situação de saúde que compartilha com seu primo, sendo que nesse espaço é também compartilhada a experiência e a noção de identificação que os une (MAFFESOLI, 1999).

A própria maneira de se expressar sobre a doença e o sentimento de identificação são percebidos na sua fala: “[...] *nós temos que tomá. [...] se tomar demais dá agonia na gente. [...] Quando ela tá atacando a gente, a gente fica ruim. [...] O pessoal que tem diabetes.*” Ao se expressar dessa forma, o Sr. Pedro se refere à experiência compartilhada com o seu primo, o Sr. Miguel, e às dificuldades encontradas no mesmo espaço/tempo, gerando essa necessidade de estar junto, caracterizando a *socialidade*. No entanto,

[...] a socialidade tem na proximidade, no ‘ser-estar junto’, as suas raízes mais profundas. Esse presenteísmo empresta ao cotidiano uma dimensão imediatista que visa ao retardo do tempo. O grupo próximo constitui sólida fortaleza afetiva no enfrentamento às adversidades presentes nesse viver cotidiano. É no território próximo, afetual que os menores gestos quotidianos ganham concretude (BELLATO; CARVALHO, 1998, p. 32-33).

Esse sentimento desperta a necessidade de retorno para Sorriso como o lugar em que se ancora esse sentimento de identificação e de pertença em relação ao viver com *diabetes mellitus*. Estando na casa do irmão, a sua relação com a família poderá se apresentar de forma mais conflitante, pois, a seu ver, promoverá mudanças na dinâmica familiar e inclusive para ele, ainda que não fixado residência aí, mas pelo simples fato de necessitar constantemente de ajuda e de apoio dos familiares. Na nossa última conversa, ele comentou sobre essa sensação de dependência em relação à família do seu irmão, conforme a observação a seguir:

O Sr. Pedro nos disse que está com saudades de casa e que faz dias que está ausente. Ele nos disse que está aqui encostado na casa do irmão por conta da consulta no HUJM marcada para segunda feira. Pedimos para ele nos descrever essa sensação de estar encostado na casa do irmão. Ele nos disse que é muito ruim depender de alguém e ficar assim (Notas de Observação – 14/07/07).

São sentimentos como esse e a percepção dessa relativa, mas crescente, dependência da ajuda de parentes e de amigos que reforçam a sensação de perda progressiva da capacidade funcional (PINHO, 2000; SANTANA, 2000; SILVA, 2000). São situações como essa que as pessoas com *diabetes mellitus*

encontram no seu cotidiano, quando percebem, ao seu modo, que a cronicidade da doença traz consigo a constante preocupação de se tornar dependente de alguém, sendo que tal preocupação passa a ser algo permanente nesse aqui e agora. Sobre isso, fizemos a seguinte observação:

Perguntamos novamente para o Sr. Pedro se ele tem medo de ficar como o seu primo, ao que respondeu dizendo que não vai ficar e que não vai precisar de ninguém. Perguntamos como é essa sensação de depender de alguém e ele se referiu como algo ruim se sentir, assim, dependente. Questionamos se foi por esse motivo que convidou a filha para morar junto com ele em Sorriso, ao que ele nos respondeu que não, sacudindo a cabeça, com fisionomia triste e séria (Notas de Observação - 14/07/07).

Diante desse contexto de vida apreendido, pudemos compreender que o Sr. Pedro é uma pessoa que busca sobreviver às inúmeras modificações ocasionadas pelo *diabetes mellitus* no seu modo de viver. E, ainda, somadas às “*pequenas mortes*” cotidianas há predominância do sentimento de medo, de solidão e de não poder contar com uma das filhas por perto, frente à ameaça de perder a sua autonomia e a possibilidade de depender da ajuda e de apoio de outras pessoas.

Também, Silva (2001), em estudo com pessoas com *diabetes mellitus*, fez observações semelhantes, o que reforça que a perda da autonomia é um traço comum a essas pessoas ao vivenciarem a condição crônica. E, para o enfrentamento de situações como a vivenciada pelo Sr. Pedro, há necessidade de auxílio e compreensão, para que as pessoas possam aceitar o que está dado, fornecendo elementos necessários para viver o seu aqui e agora.

No contexto de vida e de doença do Sr. Pedro, a busca por cuidado e a resolutividade para as suas necessidades de saúde, é marcada, também, pelo comportamento das pessoas (família, amigos e profissionais de saúde) que o conduz ao limite, principalmente, da sua autonomia, incoerente com a proposição de qualidade de vida. Assim é preciso repensar como a sociedade e suas instituições, lidam com a condição crônica, em especial, o *diabetes mellitus*.

O desafio é criar novas formas de atenção à saúde, para que pessoas, como o Sr. Pedro, possam conviver com condição crônica do *diabetes mellitus* com qualidade de vida, deixando de ser considerados como “pacientes” e sendo reconhecidos como “pessoas”.

5.2 A repercussão da condição crônica do *diabetes mellitus* no cotidiano de quem a experiencia

O *diabetes mellitus*, no seu processo de cronicidade, promove inúmeras repercussões na vida das pessoas e na família. As repercussões apreendidas nas narrativas do Sr. Pedro foram, principalmente, em relação ao seu modo de conviver com a doença, impedindo a realização do seu trabalho e dificultando a convivência social, bem como afetando a sua situação financeira e, conseqüentemente, sua alimentação e sua auto-estima. E, apesar de conviver com a doença há mais de 15 anos, ele ainda apresenta dificuldade em compreendê-la, o que fica evidente ao narrar que:

Não sei por que eu sou diabético [...] não sei como é. [...] É um problema, né? Que tem muitas coisas que a gente quer fazer, mas não pode fazer por causa do... por causa da diabetes É por causa disso que a gente não pode fazer isso, muitas coisas, né? (olhos muito brilhantes e com voz de choro).

Essa narrativa, cheia de sentimento, de perdas e de limitações, expressa todo o seu sofrimento e, também, a dificuldade em falar o nome da doença referindo-se a ela constantemente como “*um problema*”, como “*um negócio*”, o que nos possibilita compreender a dificuldade em conviver e aceitar a doença como parte integrante de sua vida, situando-a como externa a ele mesmo. Souza e Lima (2007, p. 163) expressam que essa dificuldade em aceitar o que está dado pode ser conseqüência da “ameaça à vida e ao bem - estar”.

As pessoas com *diabetes mellitus* que, ainda, não apresentam as complicações e limitações em suas atividades cotidianas aparentam ter sinais mais positivos e tranquilos de aceitação da doença, pois a sua concretude é ainda pouco percebida. Ao passo que pessoas, como o Sr. Pedro, que já vivenciam o aumento e prolongamento das fases de agudização da doença e que requerem maior controle dos seus hábitos de vida encaram a doença de forma mais negativa, como se as restrições, as limitações fossem sentidas como punição e/ou como uma “*ordem*” a ser seguida (SANTANA, 2000; SILVA, 2001). Há uma mágoa que se expressa entre

aquilo que “*a gente quer fazer*”, mas que “*não pode fazer por causa da diabetes*”, conforme afirma o Sr. Pedro.

O negar a doença como parte integrante de sua vida, nos remete a duas situações importantes a serem discutidas aqui e que precisariam ser consideradas de maneira essencial nas “consultas médicas e de enfermagem”. O *diabetes mellitus* é uma doença de longo período e que, na maioria das vezes, é descoberta quando os sinais e sintomas clássicos se manifestam no corpo, não raro, já como complicações. No entanto, Santana (2000, p. 62) questiona “a forma como a pessoa é informada sobre o seu diagnóstico, a linguagem utilizada pelo profissional, pode ser responsável por uma imagem negativa sobre a doença”.

No caso do Sr. Pedro, a percepção da doença foi sendo construída por ele gradativamente, à medida que as fases de agudização do *diabetes mellitus* tornaram-se mais freqüentes, fazendo-o exercitar a observação dos sinais e sintomas que aprendeu a reconhecer no corpo e a identificação do seu estado “doente”.

Para mim é complicado demais, pois se ela baixar demais ela dá uma agonia na gente, fica suado, fica cansado e não pode andar. [...] Se passa fome e aplicar a insulina, ela fica dando reação. Fica dando agonia na gente por causa do comer que não comeu. [...] A diabetes ataca os rins, ataca as pernas, ataca tudo em você. [...] Aí quando eu tava bom e tudo mais. Aí andando e aconteceu esse caroço no lado esquerdo do meu pé. [...] Não pode não. Insulina demais não tomar não. Que ela dá comoção, da agonia na gente. Ela dá ataque, né? [...] Porque eu tomava demais e aí dava comoção. Porque eu agora tando (estando) com o aparelho, aí pronto, eu to sabendo como é que eu to fazendo. A gente ta sabendo.

A linha divisória entre o sentir-se bem com o uso da medicação e o sentir-se mal é muito tênue no caso do *diabetes mellitus*, dificultando, sobremaneira, o seu controle. A insulina, que controla os níveis glicêmicos, fazendo-os baixar, pode ser percebida pela pessoa com *diabetes mellitus* como algo mais negativo do que positivo, visto que a taxa glicêmica elevada é pouco sintomática; no entanto, a hipoglicemia é muito intensa em suas manifestações de desconforto e mal-estar físico, ou como se expressa o Sr. Pedro,

[...] para mim é complicado demais, pois se ela baixar demais ela dá uma agonia na gente, fica suado, fica cansado e não pode

andar. Que ela (a insulina, quando usada em doses maiores) dá comoção, da agonia na gente. Ela dá ataque, né?

Assim, há que se perguntar: na percepção da pessoa com *diabetes mellitus*, onde está o problema e onde está a solução no tocante ao uso da insulina? Embora, na perspectiva dos profissionais da saúde, a resposta a essa questão seja óbvia, visto que níveis elevados de glicemia e sem controle pelo uso da insulina levarão a complicações cada vez mais intensas no futuro. Para a pessoa com *diabetes mellitus* que experimenta o seu adoecimento no presente, tal relação não se mostra tão evidente. E nesse processo de construção do seu saber sobre a sua doença, a pessoa com *diabetes mellitus* encontra outros “vazios explicativos” ou “ausência de significação” para que possa articular, de maneira adequada, o tratamento e o controle como formas plausíveis de, se não evitar, pelo menos minimizar as complicações decorrentes desse agravo em seu corpo e em sua vida.

Como é possível perceber, o Sr. Pedro apresenta dificuldades em compreender e fazer a relação entre o surgimento “*do carço no lado esquerdo do (seu) pé*”, que evoluiu para uma ferida, e a amputação do hálux direito. Por mais que seu corpo manifeste a doença e suas complicações, ele precisa que os exames acusem o problema, reforçando a necessidade de confirmação de resultados de glicemia de jejum, da hemoglobina glicada, do teste de glicemia capilar e da leitura do profissional médico, para confirmar aquilo que ele percebia e sentia como anormal em seu próprio corpo.

Esse saber do Sr. Pedro sobre o seu próprio corpo está sendo desvalorizado por ele mesmo, ao explicar as conseqüências do *diabetes mellitus* de acordo com o discurso médico, e justificando suas escolhas (SILVA, 2001): “*Porque eu agora tando com o aparelho (o glicosímetro), aí pronto, eu to sabendo como é que eu to fazendo. A gente tá (está) sabendo*”. A tecnologia, aqui representada pelo “*aparelho*” que acusa os níveis glicêmicos, lhe permite controlar e monitorar a sua doença, mesmo que o seu corpo manifeste, em si mesmo, problemas e alterações perceptíveis. Portanto, é preciso a concretude dos valores numéricos que o aparelho oferece para comprovar e reconhecer que o corpo não funciona bem, caracterizando o seu estado de doente e anormal (SOUZA; LIMA, 2007).

Para ele, a solução do seu problema seria o monitoramento da doença pela máquina e os resultados com os números que emite, ao que Souza e Lima (2007) chamam de *normas quantitativas*. E como reflexo dessa necessidade surgem outras preocupações, como por exemplo, o custo para manter um glicosímetro, conforme a fala a seguir:

Eu to caçando um jeito de conseguir essas tirinhas para estar medindo essa diabetes. Porque eu tando medindo, eu to olhando, to vendo todo o dia. Tem dia que eu meço. Tem dia que eu não meço, é porque é muito caro essas tirinhas, né?

Não desmerecemos a necessidade do glicosímetro para ajustar as doses de insulina, ressaltando a importância do seu uso como uma tecnologia a serviço do cuidado. Entendemos, sobretudo a necessidade de os profissionais estarem cientes de que pessoas, como o Sr. Pedro, necessitam muito mais de apoio e de compreensão para que possam entender que doença é essa e como poderão conviver com ela na busca constante por qualidade de vida, estimulando e incentivando a sua autonomia. Particularmente no caso do Sr. Pedro, a tecnologia substituiu o cuidado, ou seja, ele passa a desvalorizar aquilo que sente, aquilo que vê em seu próprio corpo, deslocando toda essa observação de si para o aparelho, que possibilita traduzir em valores numéricos o seu estado de saúde, gerando dependência e necessidade dessa tecnologia para desenvolver o cuidado de si.

Há que se questionar também o fato de os serviços de saúde e seus profissionais igualmente favorecerem maior dependência por parte da pessoa com *diabetes mellitus* em relação ao glicosímetro, como forma de manter a “vigilância” sobre seus níveis glicêmicos, tornando essa tecnologia importante na sua vida. No entanto, os serviços de saúde não têm sido capazes de ofertar o glicosímetro para uso contínuo, cabendo à pessoa com *diabetes mellitus* e sua família a responsabilidade e o custo para a sua aquisição. Assim, o que aparentemente viria para facilitar a vida da pessoa com *diabetes mellitus* acaba por se tornar mais um problema com o qual tem que se preocupar e para o qual precisa encontrar solução, com custos financeiros para si, inclusive.

Os custos do tratamento e acompanhamento do *diabetes mellitus* são sentidos pelo Sr. Pedro e não só em relação à aquisição das “*tirinhas*” reagentes.

Mesmo tendo acesso aos serviços de saúde, em Cuiabá, ele se deparou com os outros custos do seu tratamento de saúde devido à necessidade de deslocamentos na cidade, sendo que ele depende de alguém para acompanhá-lo nas consultas médicas, mas também, pelo ônus que esses deslocamentos têm e que incidem de maneira importante em sua situação financeira.

Eles me mandaram falar que era para eu ir fazer curativo lá (HUJM). E eu falei que não vou. Porque é muito longe para eu ir todo o dia para pagar passagem daqui para lá. Ir todo dia lá é muito longe.

São situações como essa vivenciada pelo Sr. Pedro na demanda pela produção de cuidado e que implicam em custos financeiros, dentre outros, que os profissionais de saúde não conseguem ainda apreender, tendo em vista que desconhecem o contexto de vida dessas pessoas e as implicações desses deslocamentos. Por mais que ele receba as medicações pelo SUS, outros tipos de gastos aparecem relacionados com a alimentação e a manutenção da casa, que são pesados para quem não tem renda fixa e que se mostra comprometida pela própria impossibilidade de trabalhar, devido à doença.

Esses deslocamentos desnecessários poderiam ser evitados desde que tivesse um sistema de referência e contra-referência de maneira que ele pudesse realizar os curativos na unidade de saúde mais próxima de sua residência, ainda mais que o Sr. Pedro depende do irmão para acompanhá-lo. É necessário ressaltar que ele apresentava dificuldade para andar devido à amputação sofrida, como também havia o risco de acidentes com o pé recém-cirurgiado, podendo ser machucado dentro do ônibus.

Nessa vida de todo dia, o que mais aflige e incomoda o Sr. Pedro está relacionado à alimentação e à mudança no estilo de vida que o *diabetes mellitus* lhe impôs. A restrição alimentar aparece como um problema que ele narra da seguinte forma:

Eles falaram que é para eu me alimentar bem. Que não pode passar fome. Que a gente não pode passar fome. O pessoal que tem diabetes não pode passar fome porque dà agonia na gente. Aí nisso posso morrer a qualquer hora. [...] É porque a diabetes, o cara não pode beber, ele não pode andar coisa demais, andar só um tantinho. Comer normal. Não pode passar fome. Nós não pode

passar fome. Diabético não pode passar fome (falando baixo e cabisbaixo).

Há uma aparente contradição entre o fato de precisar comer com frequência e a necessidade de fazer restrição alimentar para determinados alimentos. Nas narrativas do Sr. Pedro percebemos o quanto o “comer” e as suas restrições em relação ao *diabetes mellitus* têm um peso muito importante em sua vida. Ao falar que “*diabético não pode passar fome*” e tem que “*comer... bem pouquinho*” parece uma situação que ele tem dificuldade em entender.

Questionamos também, até onde é possível para a pessoa com *diabetes mellitus* compreender essas orientações que parecem se chocar em sua aplicabilidade na vida cotidiana. Temos que considerar que a oferta de alimentos com baixo valor glicêmico não é tão abundante assim, da mesma forma que seu custo nem sempre é tão acessível quanto o daqueles alimentos ricos em carboidratos.

Ainda é prática corrente entre os profissionais de saúde oferecer “a lista” das permissões e das proibições em termos alimentares, assim como para outras dimensões da vida diária. Sobre essa “lista” a ele oferecida pelos profissionais de saúde o Sr. Pedro se expressa da seguinte forma:

Ah! Guardar o negócio de comer. Esse negócio do adoçante. Tem que tomar adoçante, né? O comer é... Ele deu uma lista. E eu fiquei com aquela lista para ver como era que eu vivia. Para eu sobreviver com aquela lista. O comer que era para eu comer. É... Tudinho. Aí, ele me deu aquela lista, o doutor. [...] É porque tem que ter muito cuidado por causa do comer. Não pode comer todo o comer. É tomar bebida. É comer esses negócios. Comer esses negócios que tem muito comer que não posso comer. Né? Tem que comer é mais folha,... Né? O arroz [...] Tem que comer arroz bem pouquinho. [...] Gosto. Gosto de comer uma folha. É porque a folha dá... é bom para mim. Negócio de tomate pouco. Negócio de arroz pouquinho. A farinha eu não posso comer. É a farinha eu não posso comer. Era o que eu mais gostava né? E agora... (voz triste) [...] porque eu sou Nordestino e aí eu gostava muito de farinha. É mas, eu fui obrigado a largar... É comer só um pão? (lágrimas nos olhos) [...] É... É um problema né? (olhos muito brilhantes e com voz de choro).

Resgatando a história dos nordestinos que saem de suas cidades, estes, geralmente, vêm em busca de melhores condições de vida devido às

dificuldades econômicas dessa região, o que nos remete, também, à dificuldade que têm para se alimentar. Em relação ao Sr. Pedro, *“Ele nos falou sobre a sua vida, sobre as várias viagens que fez pelo país em busca de melhores condições de trabalho”* (Notas de Observação - 22/02/07), o que corrobora a idéia anterior.

Como agir diante de uma situação em que as dificuldades financeiras persistem, e ele *“não pode comer todo o comer”*, sendo que o alimento significa muito em sua vida, tendo em vista as dificuldades que já enfrentou?

Em nossos encontros, ao falar sobre a sua alimentação e ao que *“não pode comer”*, o Sr. Pedro apontava para a mesa como se ali estivesse vendo a lista *“para ver como ele ia sobreviver”*. Essa lista é tida como importante em relação aos hábitos alimentares a serem incorporados, assim como o faz lembrar o que pode, mas, de maneira mais intensa e sofrida, o que *“não pode”* comer. As limitações e as restrições do *“comer”* repercutiram no seu cotidiano e, inclusive, em relação aos hábitos e costumes alimentares do povo nordestino que fazem parte de sua cultura. As narrativas do Sr. Pedro são carregadas de muito pesar, expressando todo o seu sofrimento sobre o *“comer”* restritivo: *“É, a farinha que eu não posso comer. Era o que eu mais gostava, né?”*

As práticas e os discursos dos profissionais de saúde reforçam a necessidade constante dessa mudança de hábitos alimentares, mas parecem desconsiderar o quanto é penoso para a pessoa compreender que tais cuidados com a alimentação estão associados ao tratamento do *diabetes mellitus*.

A dieta é outro ponto de discrepância entre as prescrições médicas oficiais e as ações efetivadas pelos adoecidos, revelando uma inviabilidade e incompatibilidade das orientações de caráter clínico diante do mundo da vida (BARSAGLINI, 2007, p. 73).

Parece-nos que há pouca compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre o cuidado com a alimentação desenvolvido por essas pessoas e suas famílias. Os profissionais de saúde insistem de maneira acentuada no controle da alimentação e reforçam que o não seguimento das prescrições estabelecidas por eles repercutirá no desenvolvimento de complicações da doença advindas do tratamento não seguido por essas pessoas.

A mudança de hábitos alimentares que a “*lista*” comporta é percebida como uma “*ordem*” a ser seguida ou, como o Sr. Pedro aponta: “*Fui obrigado a largar. [...] É um problema*”. Tal narrativa mostra que o Sr. Pedro tem dificuldade em aceitar essa “*ordem*”, levando a sentimentos de pesar e de dificuldade em conviver com tais restrições que não são entendidas como uma forma de cuidado para com a sua saúde. Sobre isso, Silva et al (2006, p. 300) afirma que “conviver com o *diabetes mellitus* requer mudanças no cotidiano e também nos valores, naquilo que consideram como relevante em suas vidas”. Se as restrições alimentares fossem compreendidas como importantes para a sua saúde, talvez fossem sentidas de forma menos sofrida.

Essa ambigüidade entre o “ter informação sobre” e o “compreender de fato” parece ser uma constante nas muitas restrições a que a pessoa com *diabetes mellitus* está submetida, podendo levar às situações de *transgressões*, de *jogo duplo*, de *teatralidade* que, de acordo com Maffesoli (2001), são formas de resistir às práticas de dominação e ao que está fortemente instituído e normatizado. Santana (2000, p. 96) afirma que “a transgressão alimentar é sempre presente no diabético, bem como a maneira astuciosa de driblar os profissionais de saúde”.

Percebemos em suas narrativas o quanto isso é forte no Sr. Pedro e por mais que tenhamos desenvolvido uma relação de vínculo e de confiança, sempre que o questionávamos quanto a sua alimentação ele nos narrava o que deveria comer e não o que, de fato, comia, reforçando esse *jogo duplo* como forma de escapar dos julgamentos e das cobranças que advêm do profissional de saúde. Portanto, “o diabético fala aquilo que o profissional quer ouvir, através do jogo, da brincadeira, da astúcia, por se sentir distante do cotidiano vivido institucional” (SANTANA, 2000, p. 101).

Mesmo que as práticas de atenção voltadas ao *diabetes mellitus* normatizem e instituem o que o Sr. Pedro deve comer, é no seu cotidiano que as resistências surgem na forma de máscaras, de *jogo duplo*, através dos quais ele mostra o quanto esse cuidado com a alimentação é percebido como distorcido, resultando na dificuldade de fazer relação com a doença. Talvez, devido a situações como essa, que a pessoa com *diabetes mellitus* apresente o desejo de se alimentar dos alimentos proibidos, e “[...] esse mesmo desejo o faz sofrer, reprimir, salivar,

esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa” (SANTANA, 2000, p. 98).

Na nossa cultura, como aponta Pinho (2000, p. 55), “para o brasileiro, em geral, não existe festa sem comida. Comer lautamente e misturar vários tipos de alimentos é costume nacional. Costume que pode causar sacrifício e sofrimento ao sujeito que precisa fazer uma dieta alimentar.” Tal situação foi percebida quando o Sr. Pedro alegou não participar mais dos encontros sociais com amigos e a dificuldade em dizer e explicar o que pode e o que não pode comer.

Maffesoli (2001) nos fala que, nas reuniões dos grupos, há um sentimento que reforça a necessidade do estar junto, do compartilhar em volta da mesa, e o prazer que isto implica viver no coletivo, caracterizando a *socialidade*. Mas, onde está o prazer da comunhão à mesa para a pessoa com *diabetes mellitus*, se seu “quinhão de pão” lhe é proibido?

Porém, como aponta Santana (2000, p. 98) “o diabético, geralmente, atribui à culpa da sua transgressão a outras pessoas”. E, no caso do Sr. Pedro, ele atribui a culpa às reuniões e aos churrascos com os amigos. Percebemos uma situação de conflito, pois, ao mesmo tempo em que surge um desejo de comer e de participar das reuniões e dos churrascos, este é confrontado com as palavras “*ordem*” e “*não pode*” e as suas conseqüências, levando a agir dessa forma:

Tem que dizer que, assim, porque nós não pode fazer isso. Tem que dizer que, assim, logo que não posso fazer isso. Tem muita gente que passa por cima da ordem e aí fica passando mal, por causa disso aí, né?

Esses conflitos são enfrentados no cotidiano pelo Sr. Pedro e vão muito além desse controle que foi ao menos, discursivamente incorporada em sua vida. Apesar de estabelecer suas próprias normas nessa sua experiência de adoecimento, ele está apresentando outros mecanismos de fuga para o enfrentamento do seu problema, tais como: a perda do prazer de comer e conviver socialmente, resultando em uma *socialidade* prejudicada.

É, todo o dia eu tenho que fazer. Porque eu não posso comer fora. Tá me entendendo? Só se eu for numa churrascaria, só num negócio que eu posso ir para lá. Mas, eu não posso por causa disso aí. Tem gente que fala ‘vamos fazer um churrasco’, aí vai lá

e me convida. E aí eu não vou, porque eu não vou comer carne salgada. [...] Aí eu paro porque eu não vou não. Aí eu paro e faço em casa mesmo. [...] É tem que fazer porque aí outra pessoa vai faze, faz com sal e do jeito que eles gostam, né? E aí a gente não pode chegar... e fazer.... E deixar eles fazer. A gente não faz, né?

Em sua narrativa ele aponta o sofrimento em ter que fazer a sua própria comida, enquanto os demais comem no coletivo, o que é percebido como algo que o incomoda, visto que ele é sozinho, tendo ainda, que seguir as recomendações da dieta alimentar. Ao visitarmos sua casa em Sorriso, pudemos observar que “[...] *nos fundos, tem uma área comum a todos com tanque de lavar roupa, dois banheiros e um fogareiro com carvão*” (Notas de Observação - 25/06/07). É nesse espaço vivido e compartilhado que o Sr. Pedro encontra dificuldade em conviver e se afirmar como uma pessoa com limitações e restrições associadas ao cuidado à sua saúde.

Devido a essa dificuldade de vivenciar a *socialidade* e de assumir suas restrições e limitações como parte integrante do autocuidado, o Sr. Pedro encontra apoio e compreensão da família para enfrentar esse “*problema*”.

E quando é uma pessoa que mora mais com a gente, uma família, aí eles fazem e eu falo logo que não posso comer sal. Aí eles vão fazer daquele jeito para gente, como a comadre (esposa do Sr. Paulo) aqui faz. Ela faz do jeitinho que eu peço. Eu digo que não posso comer sal e aí ela vai fazer daquele jeito.

A importância do apoio da família nesses momentos é mostrada nessa narrativa do Sr. Pedro, pois nesse meio mais íntimo há uma tendência de se compreender melhor essas restrições, ou, como afirma Maffesoli (2001), é na família que ocorre a *socialidade* e a *solidariedade orgânica*.

O *diabetes mellitus*, além de ser percebido como um problema social, também impede a “potencialidade da pessoa de criar”, como afirma Pinho (2000), sendo que esta restrição, percebida de forma negativa, diminui seus potenciais, tendo como pano de fundo a sua experiência de adoecimento, a falta de estímulo e de apoio para a construção de sua autonomia, principalmente por parte dos profissionais de saúde, gerando essa dificuldade em conviver com a doença. Tal situação pode ser considerada como mais um problema estressor, o que pode resultar,

por exemplo, no descontrole do nível glicêmico, como apontaram Trentini e Beltrane (2004) em seus estudos.

A experiência de adoecimento do Sr. Pedro é construída e compartilhada com o seu primo que, ao mesmo tempo em que lhe oferece ajuda e apoio, também se constitui no espelho, em negativo, que aponta as complicações crônicas do *diabetes mellitus* que poderá vir a desenvolver. No entanto, para o Sr. Pedro,

[...] o diabetes mellitus, é uma doença complicada. Problema do diabetes é complicado. Ela dá nos rins, dá nas vistas da gente. Eu tenho um primo meu que está quase cego com esses problemas aí. Ele vem fazer “raio laser” aqui, botar remédio no olho dele e com maior cuidado, pois ele está quase cego. Ele não enxerga assim, ele enxerga bem pouquinho assim. E aí problema da diabetes. Ele também toma insulina todo o dia também. Todo o dia toma por causa desse aí. O problema do diabetes não é fácil não, é difícil.

O discurso sobre as consequências do *diabetes mellitus* foi sendo tecido no compartilhamento de sua experiência ao acompanhar toda a evolução da doença do primo e as suas repercussões no cotidiano, tais como: a perda da acuidade visual, dependência de cuidados da família e a incapacidade para trabalhar. Além disso, o próprio Sr. Pedro apresenta complicações decorrentes do *diabetes mellitus*, como o pé diabético e a lesão renal.

Na vivência dessas complicações, o Sr. Pedro e Sr. Miguel, seguem tecendo significados e sentidos que, infelizmente, são desconsiderados nas práticas de atenção e de cuidado dos profissionais de saúde. Contudo, a evolução do *diabetes mellitus* do Sr. Pedro está sendo por ele interpretada também com base nas repercussões da doença no cotidiano de seu primo, que fez uso de insulina conforme prescrição médica e, mesmo assim, está quase cego. Sendo assim,

[...] a interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também, porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por famílias, amigos, vizinhos e terapeutas (ALVES, 1993, p. 267).

No entanto, o *diabetes mellitus* é percebido como um problema para o Sr. Pedro e quando este se sente doente, põe em movimento o conhecimento que foi sendo construído a partir das informações recebidas, mas, principalmente, pelas manifestações da doença e pelo tratamento no seu próprio corpo, evidenciando que esse é um conhecimento adquirido muito mais pela experiência de adoecimento compartilhada com o primo do que através daquilo que chamamos de “educação em saúde” posta em prática pelos profissionais.

Aí quando eu cheguei aqui eu nem não urinava e nem... Não urinava não, viu? Aí meu estômago também, que era estômago cheio, não podia comer, não podia beber. Era isso aí. Cheguei Inchado. Tava inchado o meu corpo todo. [...] A insulina que a gente não pode tomar demais. Pois se tomar demais dá agonia na gente, e baixa a pressão, e a diabetes e a gente fica assim sentado. [...] Quando ela tá atacando a gente, a gente fica ruim. [...] Não pode não. Insulina demais não tomar não. Que ela dá comoção, da agonia na gente. Ela dá ataque, né?

O sentir-se doente aparece manifestado pelos sinais e sintomas que esse corpo manifesta, passando a se tornar significativo e possibilitando a consciência dessas manifestações, como aponta Alves (1993). Podemos complementar que o sentir-se doente torna-se importante fonte de aprendizado, no entanto, de forma negativa, visto que já representa perda da capacidade funcional do corpo.

Esse conhecimento construído e, inclusive, as situações adversas vivenciadas no cotidiano da condição crônica são negligenciados pelos profissionais da área de saúde. Alves (1993) aponta que a medicina se apropriou do corpo do doente e, como consequência, legitimou o saber médico, menosprezando o conhecimento da pessoa doente. As práticas profissionais de atenção são focalizadas no corpo doente e, em decorrência, como afirma Pereira (2006, p. 18) “perdem-se de vista a vivência singular e o processo de significação do sujeito”.

Como resultante de práticas fragmentadas e da centralidade do planejamento do cuidado pelos profissionais de saúde, surge a concepção de cuidado para o Sr Pedro como aquela que parte do outro, e não propriamente dele.

Eu sempre estava lá com o doutor. Sempre lá no médico. Eu nunca larguei o médico. O tempo todo lá com o médico, o tempo todo. Por isso que eu tava com cuidado com esses problemas aí, por

causa da doença do pé. [...] E na hora que aconteceu logo. Eu vou logo no médico. Quando sai algum probleminha nos meus pés eu vou logo no médico.

Para Foucault (2006a), as relações entre médicos e “pacientes” são construídas nos espaços e instituições disciplinando a conduta dessas pessoas mediada por um modo de cuidado marcadamente biomédico e profissional-centrado. O poder que produz, legitima e centraliza as decisões sobre o cuidado nas mãos do médico, excluindo o Sr. Pedro das decisões de seu processo terapêutico, tendo a sua responsabilidade e os valores por si diminuídos o que resulta na negação da sua existência como pessoa cuidadora de si.

Ao mesmo tempo em que ele considera o cuidado como aquele que deve partir do médico, também percebe a baixa resolatividade da prática médica para seus problemas de saúde, sem fazer, no entanto, nenhuma relação entre o surgimento da ferida com o *diabetes mellitus*. Como consequência disso, vemos claramente desenhada a situação na qual “os donos legítimos do corpo passam a ser tidos como meras testemunhas das decisões a serem tomadas com o corpo objeto, ou melhor, com a sua parte que está *passando mal*” (PEREIRA, 2006, p. 17).

Para o Sr. Pedro o cuidado com os pés também fazia parte da prática médica, sendo que não lançava o “olhar especial” ou dispensava a eles cuidado diário, visto serem tão suscetíveis ao aparecimento de feridas, colocando em risco a integridade cutânea. Na sua concepção, o cuidado com os pés também se centrou no olhar médico, pois em suas narrativas descrevia a ferida como algo que o Sr. Pedro não viu evoluir.

Saiu só uma... Saiu só uma feridinha e começou a aumentar, foi aumentando. Foi aumentando. E foi aumentando [...] E, ainda, [...] Ele nos disse que nunca machucou o dedo, nunca machucou o pé e não sabe por que surgiu a lesão (Notas de Observação - 14/07/07).

A concepção de autocuidado foi sendo tecida e centrada pela necessidade do uso da insulino terapia, que foi apontada pelo Sr. Pedro como um termômetro da evolução de sua doença, não sendo mais controlada por “*pílulas*”. Mas, ao mesmo tempo em que um cuidado, a insulino terapia aparece também como

fator estressor pela dificuldade que sente em saber se auto-aplicar e a dependência em relação aos profissionais no início do tratamento, conforme suas narrativas.

Aí era ruim porque eu não sabia aplicar. Aí o rapaz foi e me ensinou. O Rapaz lá do posto. Ele me ensinou porque eu ia para lá ninguém queria fazer. Tá me entendo? Eu ia lá todo dia fazer. Era aquele negócio enrolado. Era a maior luta para aplicar no mim. Aí pedi para o rapaz me ensinar como é que aplicava essa injeção. [...] Eu aprendi a aplicar porque estava difícil de eu ir todo o dia lá. E era um sacrifício para aplicar em mim demorava demais.

O aprender a se auto-aplicar a insulina foi uma resposta dada muito mais à pouca sensibilidade dos profissionais de saúde em perceber qual era a “*cestinha básica*” de necessidades do Sr. Pedro. Não pode ser considerada, nesse caso, como uma busca por autonomia do sujeito; pelo contrário, foi uma fuga do espaço tido como referência de cuidado e de resolutividade para os seus problemas de saúde, mas que se mostrava pouco permeável às suas reais necessidades, sendo que o Sr. Pedro não se sentiu aí acolhido. A insulinoaterapia é considerada, por si só, um fator estressor devido à necessidade constante de uma ou várias “picadas” durante o dia e, ao ser associada à dificuldade no manejo desta e à evolução da doença, pode resultar na não adesão ao uso contínuo e necessário dessa medicação.

Tais dificuldades, provavelmente compartilhadas no espaço/tempo da instituição de saúde com outras pessoas com *diabetes mellitus* que também vivenciam o estresse do uso da insulina, e também pelo seu primo, o Sr. Miguel, não foram percebidas pela equipe de saúde como um dado importante a ser considerado no cuidado ao Sr. Pedro. A convivência em grupo poderia facilitar a construção coletiva de alternativas que promovam a diminuição do estresse decorrente desses enfrentamentos como apontaram Francioni e Silva (2007).

Vemos, assim, que a apreensão da realidade vivida pelas pessoas com *diabetes mellitus* ainda não faz parte das práticas profissionais de atenção à saúde, que focaliza, de maneira central, os modos de atenção voltados ao corpo doente, não possibilitando uma prática mais amistosa à integralidade. As fases de agudização vivenciadas pelo Sr. Pedro tornaram-se freqüentes e pouco significativas para o “cuidado em saúde” ofertado pelos profissionais, como se fosse algo

considerado normal para quem já apresenta as complicações crônicas do *diabetes mellitus*.

Foi possível compreender, portanto que, é na vida cotidiana que alógica do Sr. Pedro, em relação à sua doença, vai sendo construída, particularmente a partir das repercussões que essa condição crônica lhe impõe. E tais repercussões apresentam inúmeras dimensões que vão muito além dos cuidados com a insulina e as restrições alimentares tão reforçados pelos profissionais de saúde em sua prática. E, se é nesse cotidiano que os sentidos e os significados da doença são tecidos a partir dos enfrentamentos diários em relação ao modo como o Sr. Pedro vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*, é necessário ressaltar que esse aqui e agora “é inteiramente carregado de uma intensidade que jorra da própria textura daquilo que compõe o cotidiano”, conforme afirma Maffesoli (2001, p. 207).

Percebemos que os enfrentamentos cotidianos do Sr. Pedro expressam de maneira clara o fato de não ter incorporado e aceitado a doença como parte integrante de sua vida, apontando-a como um “*problema*” e que lhe impede de viver no coletivo. Essa não aceitação o impede também de propor novas normas que, realmente, contribuam para uma melhor maneira de conviver com a doença, podendo escolher novos caminhos em busca de um viver com mais qualidade.

As dimensões apontadas neste estudo sobre a vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus* ainda não são apreendidas e, muito menos valorizadas, pelos profissionais de saúde ao prestar o cuidado a essas pessoas, pois tais práticas têm como objeto de intervenção, o corpo doente. Além disso, o modo de organizar e realizar as práticas profissionais de atenção e de gestão promove efeitos que irão refletir na forma como as pessoas vivenciam a condição crônica do *diabetes mellitus*.

6.0 A IMPLICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA BUSCA POR CUIDADO EMPREENDIDA PELO SR. PEDRO

Nesse capítulo, será descrito o modo como as práticas profissionais de atenção e de gestão em saúde respondem às necessidades de saúde da pessoa com *diabetes mellitus*, sujeito do nosso estudo, e de que forma tais práticas implicaram na sua busca por cuidado para a resolução de seus problemas de saúde.

Ao reconstruir o Itinerário Terapêutico empreendido pelo Sr. Pedro em busca de resolutividade para os seus problemas de saúde, foi possível

[...] conhecer a realidade da atenção à saúde no interior do Estado, focalizando o município de Sorriso e, como este está organizado para ofertar o atendimento ao diabetes mellitus; como este município está inserido no contexto do consórcio do Teles Pires, como ocorre a articulação com o Escritório Regional de Saúde e por último, como este município se articula para referenciar os usuários que necessitam de tratamento de média e alta complexidade em Cuiabá (Notas de Observação - 25/06/2007).

Será descrito a configuração da rede de serviços e a organização das práticas profissionais de atenção e de gestão realizadas no município de Sorriso, expressas não apenas nas narrativas do Sr. Pedro, mas também nas nossas próprias observações do *modus operandi* dos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde e que implicações promovem nas buscas empreendidas por cuidado pela pessoa com *diabetes mellitus*.

6.1 A organização regional e local dos serviços de saúde no município de Sorriso, conformando a prática do controle em saúde

O município de Sorriso, localizado a 412 km da capital Cuiabá, dispõe de uma rede de atenção à saúde que abrange a Atenção Básica, procedimentos e especialidades médicas de média complexidade. As ações da Atenção Básica são desenvolvidas nos dois postos de saúde e nas 14 (quatorze) Unidades de Saúde que atendem o PSF e o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS).

No trabalho de campo, ao falar sobre a rede de atenção à saúde no município,

[...] a funcionária nos explicou como está organizada a atenção à saúde na cidade com 14 unidades de PSF, 01 Centro de Especialidade, 02 postos de saúde, enfatizando que a porta de entrada do sistema de saúde são os PSFs. [...] Segundo a funcionária, o Posto Central fica localizado atrás do Hospital Regional de Sorriso, onde funcionam, também, três unidades de saúde da família. E o Centro de Especialidades Médicas atende determinadas especialidades médicas somente para usuários do município de Sorriso (Notas de Observação - 25/06/2007).

Além desses serviços, o município dispõe, também, de 01 Centro de Especialidades Odontológicas; 01 Centro de Reabilitação e 01 Centro de Referência para Especialidades Médicas (CREM), que oferecem atendimento nas áreas de Ginecologia/ Obstetrícia, Pediatria, Cardiologia, Ortopedia e Clínica Médica.

Ao conhecer a realidade local, pudemos perceber que o CREM apresenta suas particularidades na organização da rede de atenção à saúde nesse município, conforme a explicação de uma funcionária do setor:

O CREM atende as seguintes especialidades médicas: cardiologia, dermatologia, pediatria, ginecologia, urologia, ortopedia, realização de alguns tipos de exames de eletrocardiograma. [...] para o usuário ser atendido no CREM, este deverá ser encaminhado pelo médico dos PSFs do município. No próprio PSF é feito o agendamento da consulta para o CREM. Além disso, ele nos relatou o caráter assistencial do CREM no atendimento para áreas que não estão cobertas pelos PSF e pelo PACS, tais como: as fazendas da região, um assentamento e outros bairros da cidade. Para esses usuários oriundos dessas áreas citadas, o

atendimento é caracterizado por livre demanda. O horário de funcionamento da unidade é das 07 h às 11 h e das 13h às 17 h. No horário do almoço, a unidade é fechada para atendimento ao público. Entretanto, após esse horário o CREM funciona como Pronto Atendimento. Nesse regime de plantão, das 17h às 19 h há dois médicos que atendem a demanda espontânea. Após as 19h fica apenas um médico de plantão até as 24 h (Notas de Observação - 26/06/2007).

O Sr. Pedro nos disse que o tratamento e controle do *diabetes mellitus* é realizado, mensalmente, na unidade de saúde localizada no seu bairro. Porém, na sua unidade de referência não é dispensada a insulina, conforme sua fala. “[...] porque lá aonde a gente está não tem insulina. [...] Lá no postinho eu só pego os outros medicamentos. [...]”

Devido a isso, o Sr. Pedro tem que se deslocar, mensalmente, do seu bairro, localizado atrás dos armazéns das grandes empresas graneleiras que atuam no município, atravessar a Rodovia Federal BR 163 para poder chegar ao Posto Central, localizado na mesma quadra do Hospital Regional de Sorriso (HRS). É necessário salientar que não há transporte público que faz esse trajeto e que o Sr. Pedro tem, agora, uma amputação importante no seu pé direito, que dificulta o seu caminhar.

No trabalho de campo tivemos a oportunidade de reconstruir o trajeto desde a casa do Sr. Pedro até o Posto Central. E, realmente, pudemos constatar as dificuldades vivenciadas por ele para receber a insulina, dentre elas o deslocamento de uma grande distância, sendo em média de 3 a 5 Km. Seu meio de transporte era a bicicleta, que agora não pode mais utilizar e, nas suas palavras,

[...] em pé é longe. Fica lá no centro. [...] É, eu pegava a bicicleta e eu ia lá. [...] O posto central fica pertinho do Regional. Regional de um lado e o posto central do outro lado. [...] Eu ia lá receber remédios lá. [...] Que era a insulina, pegá o aparelho para aplicar a insulina que eu ia pegar lá. Só isso que eu fazia lá. Pegar lá.

O mesmo problema da dificuldade de acesso também é enfrentado pelo Sr. Miguel, primo do Sr. Pedro, porém, de forma muito mais acentuada, pois ele não tem condições de se deslocar sozinho para receber a insulina no outro lado da cidade por estar quase cego.

Perguntamos ao Sr. Miguel como ele faz para pegar a insulina lá no Posto Central, sendo que ele tem que atravessar a Rodovia BR 163 e andar um pouco mais para chegar lá no posto localizado no centro da cidade. Ele nos respondeu que não tem condições de ir lá pegar, pois não enxerga e quem vai buscar a insulina é a filha; salientou o quanto é ruim essa distância, ainda mais que ele não tem condições de ir sozinho (Notas de Observação - 27/06/2007).

Nesse município, a distribuição da insulina é centralizada no Posto Central, o que facilita o controle e a manutenção do estoque do medicamento, bem como a produção de relatórios estatísticos pela Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, essa prática se mostra contrária ao que consta na Portaria nº 371/GM do Ministério da Saúde, de 04 de março de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e que afirma ser competência das Secretarias Municipais a “garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores destas doenças na rede básica de saúde” (BRASIL, 2002).

A mesma Portaria, ao tratar das responsabilidades das secretarias municipais de saúde na execução do Programa, acentua que uma dessas responsabilidades é a “garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores destas doenças na rede básica de saúde”. Entendemos que a concretização desse acesso ao tratamento deveria ocorrer através da distribuição da insulina na própria unidade do PSF, em cujo território ao qual a pessoa com *diabetes mellitus* pertença, evitando-se, assim, deslocamentos de grandes distâncias, o que pode estar contribuindo para a não adesão ao tratamento.

A centralização na distribuição da insulina foi instituída no âmbito da própria Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso, sendo que os profissionais também têm críticas em relação a essa prática, conforme pode ser constatado no apontamento do enfermeiro de um PSF ao explicar o motivo pelo qual a insulina não é dispensada na própria Unidade.

Isso foi definido pela Secretaria de Saúde. O enfermeiro frisou que essa prática pode estar gerando uma dificuldade na adesão ao grupo e ao tratamento. Ele nos disse também que não tem como armazenar essa insulina e que não pode colocar na mesma geladeira das vacinas (Notas de Observação - 25/06/2007).

No Posto Central funcionam atualmente três unidades de PSF que atendem a população da área central do município. Ao conhecer o serviço, pudemos compreender a rotina de dispensa e controle da insulina.

A sala de dispensa da medicação é comum para todos os PSFs. Nesse mesmo lugar, também, são dispensadas a insulina e as seringas para todas as pessoas com diabetes mellitus do município de Sorriso. A funcionária nos explicou que todas as pessoas com diabetes são cadastradas na farmácia, através de uma ficha de controle interno com os seus dados, tais como: nome, endereço e a data da dispensa da insulina. O usuário tem que apresentar a receita médica na farmácia, sendo que uma via fica retida na unidade e outra é devolvida para ele. Essa segunda via da receita é encaminhada para a Secretaria de Saúde. Todo o relatório sobre a insulina é repassado para a Secretaria de Saúde de Sorriso, em relação à quantidade de insulina dispensada, quantidade no estoque e o número de pessoas que fazem uso dessa medicação. A dispensa da insulina ocorre há muito tempo de maneira centralizada nessa unidade e foi uma determinação da Secretaria de Saúde (Notas de Observação - 27/06/07).

É possível observar que, embora a Secretaria Municipal de Saúde esteja cumprindo parte da normatização constante na Portaria nº 371/GM/2002 do Ministério da Saúde que trata do cadastramento dos pacientes e manutenção do Cadastro Nacional atualizado, desconsidera a importância de práticas de gestão que facilitem o acesso das pessoas com *diabetes mellitus* à medicação (BRASIL, 2002). As práticas de controle da dispensa de insulina no Posto Central que o Sr. Pedro frequenta, se organizam através da ficha individual de controle de dispensa de frascos de insulina:

Essa imagem focaliza a “caixa de controle” da dispensa de insulina para os usuários com diabetes mellitus do município de Sorriso cadastrados na unidade. Nessa caixa estão as fichas de cada usuário armazenadas por ordem alfabética. [...] Na ficha do Sr. Pedro constam as seguintes informações: o nome completo, o endereço, início do tratamento e a dose prescrita pelo médico. [...] No verso da ficha de controle é registrada a data de dispensa, quantidade de frascos e a descrição da insulina. Registro de data inicial de retirada foi em 20/01/06 e a data da última retirada foi em 21/12/2006 (Leitura de Imagem Fotográfica - 27/06/2007).

Como já reforçamos, a centralização da distribuição da insulina facilita as práticas de gestão no nível da Secretaria Municipal de Saúde. Porém, essa

prática pode ser prejudicial na adesão das pessoas ao uso contínuo do medicamento, em decorrência do deslocamento necessário, geralmente de longas distâncias, de sua casa até o Posto Central. Vemos, assim, a sobreposição de uma prática de gestão, inclusive contrária a uma Política Ministerial, em detrimento de uma prática de atenção à saúde, quando seria esperado que aquela desse suporte e condições para que esta fosse resolutiva no cuidado a ser oferecida a pessoa com *diabetes mellitus* para o enfrentamento de seus problemas de saúde.

Outro aspecto que nos chamou a atenção, também, foi a data da última retirada de insulina pelo Sr. Pedro, sendo que de 21/12/06 até a data da observação, realizada em 27/06/2007, ele ainda não havia feito nenhuma outra retirada de frasco de insulina na unidade. Na ficha de controle de aquisição da medicação, constante no Posto Central, não há registro de busca ativa do Sr. Pedro como faltoso e/ ou informações sobre o porquê da não retirada do medicamento, como também, não há registro de comunicação com a unidade de PSF de referência do seu domicílio sobre o ocorrido.

Pudemos evidenciar, também, a ausência de registro de comunicação com a unidade de saúde de referência das pessoas para notificar e informar, por exemplo, se a pessoa foi a óbito ou o motivo pelo qual não está comparecendo na unidade para retirar a medicação. É possível constatar a fragilidade existente na integração entre os serviços, o que pode estar prejudicando a continuidade do tratamento do Sr. Pedro, assim como das demais pessoas com *diabetes mellitus* acompanhadas nessa unidade de saúde.

Ao observar o prontuário do Sr. Pedro na unidade do PSF, em nenhum momento evidenciamos registros sobre a suspensão do uso da insulina neste ano, assim como não há registros sobre o motivo do não comparecimento dele à unidade ou de qualquer alegação quanto à sua dificuldade para retirar o medicamento. Ao contrário, nos registros identificamos a prescrição médica contínua do uso de insulina neste ano, o que mostra que, para a unidade do PSF e seus profissionais, o Sr. Pedro continua fazendo uso contínuo da insulina. Ao ser questionado sobre essa medicação, o Sr. Pedro afirma fazer uso diário. “*Eu vivo tomando remédio. Eu vivo tomando insulina. Todo o dia eu tomo insulina [...] É agora, eu to fazendo... a insulina*”.

É possível perceber que, ao ignorar a situação cotidiana vivenciada pelo Sr. Pedro em relação às dificuldades que ele encontra para a manutenção da continuidade do seu tratamento e do cuidado consigo para evitar e/ou amenizar as complicações de sua doença, os profissionais de saúde fecham a possibilidade de uma interação mais próxima, que seria a base para que o cuidado em saúde pudesse acontecer de maneira satisfatória e resolutive. Instala-se, assim, aquilo que Maffesoli (2001) chama de “jogo duplo”. Nele, se, por um lado, os profissionais de saúde silenciam sobre a possibilidade de não adesão ao tratamento por parte do Sr. Pedro, desconsiderando suas razões para isso, ele responde a essa negação também com o silêncio, ou, ao ser questionado, com a simulação de sua adesão. Assim, ele evita ter que dar explicações que possam constrangê-lo em um confronto direto com os profissionais que, provavelmente, o repreenderiam por sua atitude, sem, de fato, compreender suas razões (BELLATO; CARVALHO, 1998).

Percebemos nas situações aqui analisadas o quanto ainda estamos distantes de práticas de atenção e de gestão ao *diabetes mellitus* que possam ser consideradas integrais e resolutivas, pois tais práticas ainda não consideram o saber e as experiências das pessoas e de suas famílias que vivenciam a condição crônica. Nas palavras de Mehry (1997), o usuário espera que a sua relação com os trabalhadores de saúde seja capaz de gerar um acolhimento que permita a atuação sobre o seu sofrimento de maneira resolutive. Nessa relação, o usuário tem a esperança de que as ações em saúde consigam melhorar sua vida, ou seja, lhe dê maior capacidade para enfrentar os problemas no seu cotidiano. Espera, também, tornar-se cada vez mais capaz de ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e solucionando parte dos obstáculos que o seu agravo à saúde lhe impõe. Ou seja, “o usuário tem interesse em ser cada vez mais autônomo diante do seu caminhar a vida.” (MEHRY, 1997, p.120).

A autonomia buscada pelo usuário, como bem salienta o autor, precisa ser construída com base em sua própria realidade de vida e saúde, ou seja, os profissionais, no exercício de suas práticas, precisam compreender essa realidade e, dentro dela, propor ações de atenção que, de fato, atendam as necessidades aí vivenciadas. Quanto a isso, Acioli (2006) se expressa afirmando que,

[...] não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais; no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral. A concretização de ações de saúde integrais

implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população. Mas como manter esses canais se os serviços são organizados sem destinar tempo para a conversa, para a convivência? Outro aspecto que se apresenta é a não valorização das experiências e práticas da população (ACIOLI, 2006, p. 165).

As práticas profissionais de atenção e de gestão ao *diabetes mellitus* têm como desafio o estabelecimento de uma relação mais igualitária entre a oferta e a demanda na programação dos serviços, a ampliação da escuta e o estabelecimento das relações de vínculo com base naquilo que Cecílio (2006) denomina de “*integralidade focalizada*” para apreensão das necessidades de saúde daqueles que procuram as unidades de saúde.

Embora a programação da oferta de serviços seja planejada para, supostamente, atender as necessidades de saúde, abrangendo todas as pessoas com *diabetes mellitus* do município, prevalecendo a organização do acesso aos demais níveis de atenção, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e percebemos que esse planejamento privilegia as ações de controle do doente, não raro, em detrimento das ações de atenção às suas necessidades.

Consideramos o ‘controle’ como toda forma de, numericamente, identificar a pessoa com *diabetes mellitus* dentro da unidade de saúde, bem como nas demais instâncias elaboradoras ou executoras de políticas de atenção a esse agravo, tanto no nível municipal, como estadual e federal. A noção de *bio-poder* nos parece útil para analisar as formas de controle exercidas nas unidades de saúde, sendo que, no caso das pessoas com *diabetes mellitus* ele é exercido de forma positiva para controlar suas vidas em nome de um melhor nível de saúde. O bio-poder consiste no

[...] poder de promover a vida, Bio-poder, ou poder sobre a vida, constitui-se em poder empregado para controlar os corpos individuais e a população. [...] O bio-poder como uso de mecanismo de controle e coerção “para a produtividade e saúde de corpos humanos e populações”, baseando-se em uma visão destes como “recursos e objetos passíveis de serem administrados” (GASTALDO, 1997, p.149).

Em relação a esse controle, o “bio-poder é o elo entre o universo micro e macro” (GASTALDO, 1997, p. 150) por promover suas ações tanto nos microespaços, ou seja, na relação direta entre profissionais e as pessoas com *diabetes mellitus* no controle e na disciplina desses corpos, como também, nos macroespaços, por estar vinculado a Política de Saúde que normatiza as formas de controle e monitoramento do *diabetes mellitus* para essa população cadastrada no SIS-HiperDia.

Esse ‘controle’ do ‘caso *diabetes mellitus*’ se faz de inúmeras formas, desde o cadastramento da pessoa como ‘portadora desse agravo’, seu cadastramento no SIS-HiperDia como recebedora de medicamentos específicos, no cadastramento na unidade básica de saúde onde será acompanhada como “diabética” pelos profissionais de saúde que desenvolvem ações dentro da Política Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, assim como pela sua inserção no Grupo de diabéticos e hipertensos, dentre outros controles que cada unidade pode implantar para responder à Política maior do Ministério da Saúde. Dessa forma, as práticas de controle do *diabetes mellitus* exercem suas forças de inúmeras maneiras nas pessoas com esse agravo, tornando-as alvo do *bio-poder*, uma técnica individualizante de controle sobre os corpos doentes.

Na leitura dos documentos oficiais sobre as Políticas de Saúde destinadas à pessoa com *diabetes mellitus* vemos nas mesmas, o privilegiamento das ações de controle em relação às ações de atenção ao agravo. Assim, no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, promulgado na Portaria Conjunta nº 2 de 05/03/2002, em seu artigo 01, vemos esse reforço ser colocado, como carro chefe desse Plano, a incumbência de “disponibilizar, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sis-HiperDia, para utilização pelos municípios” (BRASIL, 2001a). Esse Plano traz ainda, em seu artigo 09, parágrafo 1º, tabela de percentuais de cadastramento de pessoas com *diabetes mellitus* em relação ao contingente populacional, que deverão ser alcançados pelos municípios ao aderirem ao Plano.

Também na Portaria 371/GM/2002 (BRASIL, 2002), ao instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, traz, como o primeiro dos seus objetivos “implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes” (BRASIL, 2001a, p. 88).

Com base nisso, entendemos que as práticas profissionais têm sido, em grande medida, reprodutoras da lógica presente nas diretrizes formais da assistência à pessoa com *diabetes mellitus* em nosso país, visto que elas demandam esse olhar e ações que privilegiam o controle e a secundarização das ações de atenção e cuidado propriamente ditas.

Concordamos com Mattos ao apontar a perspectiva da integralidade como um modo ampliado para a apreensão das necessidades de saúde para a garantia do acesso aos serviços de saúde.

A integralidade traz, portanto, um convite aos formuladores das políticas de enfrentamento de certas doenças ao desafio de tornar compatíveis a perspectiva de controle, erradicação ou mesmo simples mudança na magnitude da doença no país, estado ou município, e a perspectiva do direito dos portadores da doença ao acesso a serviços assistenciais (MATTOS, 2005, p. 55).

Ainda que secundarizadas, as ações que visam garantir o tratamento clínico às pessoas com *diabetes mellitus* precisam ser planejadas. Assim, compete aos municípios organizar a rede de atenção e o modo como será o acesso, tanto à Atenção Básica, quanto ao consumo de consultas médicas especializadas, exames e procedimentos diagnósticos e à hospitalização. Diferentemente do que seria esperado em termos de acesso facilitado a esses diversos níveis de atenção, encontramos, em cada um deles, diferentes formas de “regulação”, ou seja, de mecanismos impeditivos ou dificultadores desse acesso. Essa realidade vivenciada pelos municípios de um modo geral em Mato Grosso, não é diferente no município de Sorriso, campo da nossa pesquisa. E aí encontramos o médico e os procedimentos

por ele realizados como um dos dispositivos reguladores do sistema, visto que são escassos em sua oferta frente à demanda pelas pessoas com *diabetes mellitus*, exercendo o controle no acesso aos vários níveis de atenção e ao consumo de exames e procedimentos.

O acesso aos serviços de saúde está relacionado com a utilização dos serviços de saúde em relação ao consumo de consulta médicas, hospitalizações exames e procedimentos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Por mais que seja garantido o acesso universal como um princípio fundamental do SUS, os gestores elaboram dispositivos que organizam e programam o acesso aos serviços de saúde de acordo com a capacidade médica ofertante, desconsiderando as necessidades de saúde das pessoas em condição crônica. No cotidiano dos serviços de saúde, esses dispositivos exercem o poder de normalizar as ações em saúde, de modo que

[...] esses dispositivos de poder organizaram no campo da saúde numa direção oposta ao projeto político que nos move, o projeto de construção da saúde como direito de cidadania. Tais dispositivos constroem esse *encontro* como lugar de *assujeitamento*, e não como produção de diferentes *sujeitos* (diferentes, vozes, lugares, saberes e implicações (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, p. 38).

Os gestores organizam e programam a oferta dos serviços de saúde, estabelecendo normas e fluxos, tendo a Atenção Básica como a porta de entrada para os demais níveis de atenção. No entanto, esses dispositivos de controle também são exercidos na Atenção Básica, particularmente no modo de organizar o acesso às consultas médicas, visto que as pessoas são condicionadas a procurar o atendimento, conforme as normas estipuladas pela unidade do PSF de referência.

Pudemos constatar que, para se ter acesso aos serviços de saúde em Sorriso, bem como aos serviços de referência regional e estadual que compõem a rede de atenção nos seus diversos níveis, é sempre necessária a intervenção do profissional médico. Segundo o Sr. Pedro, “*ela (agente de comunitária de Saúde) me encaminhava para o médico (da unidade de referência). Tem que ter encaminhamento do postinho. O médico do postinho que encaminha você para lá (Hospital Regional de Sorriso)*”.

O Hospital Regional de Sorriso (HRS) se configura como uma unidade mantida pela esfera estadual para atender a referência local e regional. Sua estrutura dispõe de Pronto Socorro, unidades de internação, UTI adulto e infantil, ambulância, laboratório de análises, ambulatório geral, hemoterapia, dentre outros. (BRASIL, 2007b; SORRISO, 2007). Dispõe de 112 leitos distribuídos em: 49 leitos para clínica cirúrgica, 28 leitos para clínica geral, 12 leitos para obstétrica cirúrgica, 20 leitos para pediatria clínica, 01 leito para pessoas crônicas, 01 para fisiologia e 01 para psiquiatria (BRASIL, 2007b).

A população residente na região do Consórcio da Microrregião do Teles Pires é composta por 246.801 habitantes, abrangendo a população dos seguintes municípios: Cláudia, Feliz Natal, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Sinop, Sorriso, União do Sul, Vera, Santa Rita do Trivelato, Tapurah, Itanhangá e Ipiranga do Norte (MATO GROSSO, 2004; 2005a). Dessa forma, o Hospital Regional de Sorriso se configura como uma unidade de referência ambulatorial e hospitalar para essa região.

O município de Sorriso dispõe, também, de 02 (dois) hospitais privados classificados como geral, ofertando atendimento para cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica (BRASIL, 2007b). Este município não possui nenhum hospital que seja mantido pela esfera municipal. As pessoas que necessitam de hospitalização, consultas médicas especializadas e exames de média complexidade são encaminhadas para o HRS. Mas, ao observar *in locus* a organização municipal e regional de saúde, percebemos que as práticas de atenção e de gestão ainda têm uma grande ênfase no atendimento hospitalocêntrico.

Esse hospital não deveria se chamar “Hospital Regional de Sorriso”, pois, além de atender, o município de Sorriso é referência para mais 17 municípios da região. E a população de Sorriso não entende essa organização. (Notas de Observação - 25/06/2007)

No entanto, as pessoas residentes em Sorriso para ter acesso ao HRS têm que “pegar” um encaminhamento médico do CREM através de

[...] consulta médica ou pelo pronto - atendimento que funciona no mesmo local, porém, em horário diferente, das 17 às 24 horas de segunda a sexta-feira. Entretanto, depois da meia noite, finais de

semana e/ ou horário do almoço, as pessoas podem procurar diretamente o pronto socorro do HRS. (Notas de Observação - 26/06/2007).

Apesar de ter sido ampliado o número de unidades de Atenção Básica com PSF em Sorriso, este município apresenta um conflito em relação ao acesso a esses serviços. As pessoas ainda acreditam que a resolutividade de seus problemas de saúde poderia estar sendo garantida mediante o acesso, menos restrito, ao HRS. Essa situação gera uma tensão no município, pois a população não entende o contexto da regionalização, resultando no modo de organizar o acesso dessas pessoas mediante o encaminhamento pelo CREM, sem passar pela Central de Regulação, situada em Sinop, conforme a observação que fizemos.

Esse tipo de prática é necessário para que a população de Sorriso possa ter acesso aos serviços do HRS, que só atende os casos referenciados, sejam eles por unidades de atenção secundária ou por PSFs em caso de urgência, uma vez que não há hospital municipal no município. A utilização do HRS pelo município de Sorriso é muito grande (é mais que as outras cidades membros desse consórcio intermunicipal), o que dificulta ainda mais o acesso ao HRS. Tal quadro é agravado pelo fato de que as práticas de saúde são voltadas para o aspecto curativo (Notas de Observação - 26/06/07).

Ao conhecer o contexto do HRS, inclusive dos ambulatorios de referência regional, um membro da direção do Hospital nos explanou como é ofertado o atendimento a essas pessoas e como o município de Sorriso está inserido no contexto da regionalização da atenção à saúde.

O município de Sorriso não tem um hospital próprio. A população não entende que esse hospital precisa atender os usuários de outras localidades que fazem parte do consórcio intermunicipal de saúde. Os usuários de Sorriso procuram o HRS através do Pronto Socorro e, aqueles casos que são de complexidade do PSF, são encaminhados de novo para a unidade de referência. Os usuários de Sorriso são atendidos através de encaminhamentos pelo PSF e/ou CREM. O HRS possui uma unidade ambulatorial que atende as mais diversas especialidades médicas e realiza vários tipos de exames. O acesso ao ambulatório e aos exames deve ser encaminhado pela unidade de saúde de referência. Porém, esses encaminhamentos são agendados pela central de regulação regional com sede em Sinop (Notas de Observação - 27/06/2007).

No entanto, embora o município seja referência regional para outros municípios, este apresenta limitações quanto as suas possibilidades de atender a demanda da sua própria população que necessita de avaliação e/ ou procedimento de média e alta complexidade. O Sr. Pedro encontrou dificuldades ao precisar de um “especialista”: *“É porque lá não tem especialista. Tem que pegar especialista aqui (Cuiabá) para problema de osso, aí, né? E lá não tem. Lá no Regional, lá não tem especialista para osso”,* e acrescentou, ainda, que *“[...] foi ele (o médico do PSF) quem me mandou para cá. [...] Encaminhamento? Ele quem me encaminhou para cá (ambulatório de nefrologia do HUJM). Ele disse assim, Rapaz vai para lá que lá é melhor”*.

Em situações como essa vivenciada pelo Sr. Pedro, quando necessitou da avaliação da função renal comprometida pelo *diabetes mellitus*, houve a necessidade de encaminhamento para o município de Cuiabá, considerado como referência estadual para os níveis de média e alta complexidade, através da Central de Regulação do SUS (CER/ SUS) que visa garantir o acesso a esses níveis de complexidade. No caso do Sr. Pedro, a consulta médica especializada foi agendada por essa Central que entrou em contato com ele, através da Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso, fornecendo, também, transporte de ida e de volta para Cuiabá, conforme a sua narrativa.

É todo o tempo tão liberando as passagens para cá. Quem está doente, né? O povo doente, eles estão dando as passagens. [...] Eles têm os carros, mas não leva. Paga na vam. É quando está muito doente, eles botam na ambulância para trazer. E quem está melhor vem na vam.

Nessa narrativa é possível avaliar os custos desses deslocamentos para a Prefeitura de Sorriso, pois, entre esse município e Cuiabá há uma distância aproximada de 412 Km. Fica, assim, por ser feita uma análise mais ampliada quanto à necessidade de se repensar a política de consórcios em saúde em estados de grandes dimensões geográficas, como é o caso de Mato Grosso. Precisa ser analisado o custo financeiro que tais deslocamentos trazem para o Sistema de Saúde dos

municípios nele envolvidos, bem como os custos que recaem sobre as próprias pessoas e famílias em condição crônica.

Na perspectiva das pessoas em condição crônica é necessário pensar que, ao terem que se submeter a esses grandes deslocamentos em busca por cuidado, quase sempre estão em situações agravadas de saúde o que, por si só, já representa uma grande dificuldade. Pois, como o Sr. Pedro afirma, a escolha do meio de transporte se baseia na avaliação do estado de saúde da pessoa doente, no entanto, a distância será a mesma para todos, assim como as dificuldades com o deslocamento. Também o fato de se afastarem de sua cidade, de seu contexto cotidiano e familiar, traz outras implicações de cunho mais subjetivo, mas não menos importantes. Acresce-se que, não raro, o estado agravado de saúde dessas pessoas faz com que haja a necessidade de um familiar acompanhante que permanecerá com ele durante o período de afastamento de sua cidade. Os custos com a manutenção desse acompanhante nem sempre são cobertos pelo Sistema de Saúde, onerando ainda mais a pessoa e a sua família.

É necessário considerar na análise que a forma de organização da atenção à saúde, em um município, tem implicação direta com a resolução, ou não, dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas doentes. Ao descrever como está sendo o atendimento prestado pelos serviços de saúde no município de Sorriso, o Sr. Pedro aponta que

Mas, o que tá faltando? O problema é esse, é o especialista para a vista e para osso das pernas. É isso que tá faltando. [...] Agora não tem falta de remédio. Melhorou porque tem remédio. Porque tem remédio lá no posto. Todos os postos agora têm remédio. Mas, naquele outro tempo eram difíceis as coisas.

De acordo com a sua concepção, um bom atendimento para seus problemas de saúde está relacionado à oferta de medicamentos e ao acesso às consultas médicas, principalmente, as de cunho mais especializado. Essa concepção mostra o quanto as práticas profissionais de atenção e de gestão repercutem no modo como as pessoas compreendem o que seja acesso e direito à saúde. Ambas as concepções são recortadas em sua amplitude, resumindo-se em pequenas ações fragmentadas que respondem, de modo restrito, às necessidades de saúde. O acesso

aos medicamentos, com certeza, é um requisito importante para o controle do agravo à saúde, além de ser um direito garantido. No entanto, apenas ele não garante a integralidade da atenção e, como o próprio Sr. Pedro afirma, embora tenha havido melhora, pois “*agora não tem falta de remédio*”, também reconhece que “*o que tá faltando, o problema é esse, é o especialista para a vista e para osso das pernas*”.

Como, no momento da entrevista, o que o Sr. Pedro precisava era de acesso a algumas especialidades médicas que pudessem resolver seus problemas atuais, como a avaliação do seu pé direito para uma provável amputação de parte dele, essa necessidade desenhava sua concepção de resolutividade para suas necessidades, conforme seu relato.

Agora deu certo né? Porque depois que tirou, o médico falou para mim que se eu não tirasse o pé ia aumentando mais. Ia aumentando e ia tirar a minha perna. E aí, como é que eu iria andar? Tirar a minha perna. É isso aí.

Percebemos, assim, que ele vai construindo sua concepção de resolutividade a partir das pequenas parcelas de cuidado que recebe, ou seja, na relação entre suas próprias necessidades de cuidado e a oferta de algumas ações de saúde pelos serviços e profissionais que incidem, de algum modo, sobre elas. No entanto,

[...] parece-nos clara a existência de um amálgama ou mesmo de uma transversalidade entre necessidade e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-las. Por outro lado, nessa perspectiva as necessidades não são nem naturais nem iguais, pois desiguais são os saberes e práticas produzidos no processo de trabalho em saúde, cuja fragmentação, marca de sua forma de organização, configura limites e desafios para relacioná-las com as demandas em saúde, ainda mais numa perspectiva de direitos (PINHEIRO; GUIZARDI, RANGEL; GOMES, 2005, p. 23).

Para o Sr. Pedro, a concepção de resolutividade para os seus problemas de saúde está relacionada com o alívio e/ou ausência do sofrimento causado pelas fases de agudização que o *diabetes mellitus* promove em sua vida. De

certo modo, isso aponta para as pequenas parcelas de cuidado que recebe dos serviços de saúde

Eu to urinando. Agora, depois que eu cheguei. Passaram um remédio aí. E aí e agora eu to urinando [...] Agora eu to melhor. [...] Ah eu voltei para Sorriso. Aí voltei bom. [...] Voltei bonzinho dos pés. Não tinha problema nenhum nos meus pés não.

Além dessa concepção de alívio e/ou ausência de sofrimento, a concepção de resolutividade é tecida mediante, não só a disponibilidade de exames e de medicamentos, mas a acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente para a especialidade médica, conforme suas narrativas.

[...] O encaminhamento quem deu foi o doutor. [...] Aí que me mandaram vir para cá (ambulatório de nefrologia do HUJM). [...] Fazer exames lá. Fiz exames lá (Sorriso). E aí eu trouxe os exames tá aqui. Os exames estão aqui com os doutores. (Falou baixo demais) Foi isso que deu certo de um vir para cá.

Porém, à medida que suas necessidades de saúde não foram resolvidas pelos serviços de saúde, o Sr. Pedro empreendeu sua busca por cuidado para além daquilo que a rede de atenção à saúde do município de Sorriso lhe ofertava.

É... Eles olhavam. Eles olhavam. E não deram um jeito nesse problema meu aqui [...] Foi o problema é esse que eles não olhavam para os meus pés. É por causa disso aí que não achei muito bom. Por isso, eu quis vim para cá (Cuiabá).

Os profissionais que atendem nos serviços de saúde do município de Sorriso estão organizados para atender as necessidades de saúde que são por eles identificadas, tendo como foco o corpo doente e as diretrizes das Políticas de Saúde, ainda que em detrimento da apreensão individual das necessidades de saúde. No entanto,

[...] os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. [...] A partir de uma certa apreensão das necessidades de saúde da população, estrutura seu trabalho, definindo as ações prioritárias, ela corre o risco de romper a integralidade, por

restringir suas ações ao instituído, deixando de responder às necessidades que lhes escaparam no momento da estruturação dos serviços (MATTOS, 2006, p. 57).

Dessa forma, o modo como os serviços de saúde (profissionais e gestores) organizam a oferta do acesso aos níveis de atenção nesse município não considera a importância de uma relação mais justa entre a programação da oferta dos serviços e a demanda, evitando, de certa forma, os grandes deslocamentos e, acima de tudo, que esse nível de atenção seja resolutivo para pessoas que demandam cuidados contínuos e prolongados.

6.2 A regulação em saúde no município de Sorriso/MT e sua implicação na busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro.

Devido à presença marcante de diversas formas da Regulação em Saúde nos serviços de saúde no município de Sorriso, onde fizemos a observação das práticas de atenção e de gestão, visualizadas tanto através de instâncias formais quanto em práticas profissionais cotidianas, torna-se necessário discutir a sua implicação nas buscas por cuidado empreendidas pelo Sr. Pedro para resolver seus problemas de saúde.

A regulação em saúde é assumida como uma tarefa do Estado que busca garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde, sendo que essa função regulatória pode ser exercida de várias formas: definição de arcabouço legal, regulação da competitividade, parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro. No entanto, a concepção de regulação em saúde tem sido freqüentemente associada à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, restringindo-a ao controle do acesso do usuário e adequação à oferta (BRASIL, 2007a).

Definida, idealmente, de maneira mais ampliada, a Regulação da Atenção à Saúde tem por objetivo

[...] a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2007a, p. 31.).

A regulação da atenção se baseia na regulação assistencial, que se constitui no “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles”; e na regulação do acesso, como “estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente da pactuação prévia estabelecida na PPI¹² e/ou da disponibilidade de recursos financeiros” (BRASIL, 2007a, p. 31).

Se a regulação assistencial é prerrogativa do gestor, a regulação do acesso é delegada por este ao regulador, estando esta última implícita na anterior.

A regulação no Setor Saúde tem como objeto geral a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006, p. 36).

No contexto dos serviços de saúde, foi possível apreender os discursos sobre o acesso em todos os níveis, desde a atenção básica até a alta complexidade. Estes discursos, ao mesmo tempo em que, aparentemente, tinham por

¹² Programação Pactuada Integrada

objetivo oferecer acolhimento às pessoas que ali freqüentam, materializado no cartaz com os dizeres “*Seja bem vindo. Conheça aqui a agenda de atendimento do seu PSF*”, também mostrava o outro lado do controle do acesso aos serviços de saúde em sua face mais formalizada em cartazes que informavam: “*Central de Vagas*”, “*agendamento de consultas*”, “*central de regulação*”. Mas, o que esses cartazes têm em comum? A regulação em saúde abarcando todos os níveis de atenção, como um dispositivo de controle da gestão em saúde.

Pudemos observar que o modo de organizar a oferta de cuidado nos serviços de saúde se constitui, em alguma medida, como organização do fluxo e do acesso dos usuários para o consumo de procedimentos, consultas médicas especializadas e/ou hospitalizações. Nessa perspectiva, a regulação está estreitamente ligada ao controle de gastos e ao consumo dos serviços de saúde. Mas, a regulação em saúde está presente, também, na Atenção Básica, nas unidades de PSF, onde os gestores, a seu modo, organizam e programam a oferta desses serviços, considerados como porta de entrada para o Sistema de Saúde, influenciando, portanto, no acesso ou não das pessoas doentes aos serviços de saúde. Os gestores podem ainda elaborar outros dispositivos para organizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde para que estes, ao seu modo, consigam se ajustar às Políticas de Saúde (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Dessa forma, as práticas de gestão definidas pelo município poderão desenvolver suas próprias normas e condutas, abrangendo todas as unidades de PSF. Porém, a forma de comunicação difere de um PSF para outro, mesmo quando as suas unidades ocupam um mesmo espaço físico, mas com delimitações de área e de territórios distintos. Observamos que as unidades de saúde elaboram cartazes confeccionados manualmente, geralmente por profissionais de enfermagem ou pelos agentes comunitários de saúde, informando a maneira como se dá o acesso ao serviço de saúde e como a pessoa doente deverá proceder para obter esse acesso, por exemplo, às consultas médicas. Reforça-se, assim, o modo como os serviços de saúde atendem as demandas programadas pelas Políticas de saúde, tais como aquelas destinadas à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*, dentre outras.

Na entrada da unidade do PSF, estão fixados vários cartazes informando como se dá o acesso, constituindo-se em dispositivos de controle do acesso na Atenção Básica, conforme o registro de imagem fotográfica.

Atenção. Leia... Leia... São distribuídas 12 fichas para consulta na parte da manhã. A partir das 12 fichas que será realizada a triagem e só passarão para consulta as emergências (Leitura de Imagem Fotográfica - 25/06/2007).

É esperada a realização, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde da população e a realização de uma programação que considere os aspectos epidemiológicos aí implicados, a serem atendidos dentro do conjunto dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2007a). No entanto, mesmo que o acesso das pessoas com *diabetes mellitus* às unidades do PSF tenha sido organizado para atender, de forma programada, as necessidades de saúde, com frequência, elencadas coletivamente e que têm por base as políticas nacionais de saúde, esse modo ‘programático’ de atender a demanda não consegue dar conta, de maneira integral e resolutiva, dos agravos à saúde que exijam um cuidado contínuo e prolongado, como é o caso da condição crônica do *diabetes mellitus*.

O Sr. Pedro narrou-nos como se dá o acesso ao PSF, na fase de agudização do *diabetes mellitus*, quando a consulta médica de que necessitava não estava programada:

Tem dia, a gente vai lá bem cedo e marca a consulta. É bem cedinho, eles dão o cartão e a gente marca a consulta e vai consultar com ele (o médico). [...] É tinha que ir no outro dia porque à tarde eram as crianças. Sempre eles consultam mais as crianças de tarde. [...] Só se eu tiver muito ruim. Aí, eu ia à tarde. Se eu tive ruim mesmo, aí eu ia à tarde. [...] Eles consultavam, mas aí era outro dia.

O modo como se oferta o acesso à unidade do PSF, instruído por um dispositivo de controle que disciplinaliza a ‘demanda’ por cuidado, condiciona, em certa medida, as pessoas a aceitarem e se sujeitarem a essa oferta. Parece-nos que tal disciplinarização contribui para a fabricação de ‘corpos dóceis’, visto que é no corpo que se manipula que se modela, se treina, a obediência (FOUCAULT, 2006b). Mas, ao mesmo tempo em que a disciplinarização presente na regulação do acesso

pode sujeitar as pessoas a aceitar essa forma de atendimento, também permite a criação de formas de resistência que, ao seu modo, não aceitam tal norma, e respondem negativamente com a não adesão ao tratamento, sendo, posteriormente, culpabilizados pelos profissionais de saúde pelo insucesso do tratamento proposto.

Ao conhecer o espaço vivido pelo Sr. Pedro, no qual a mesma condição crônica é compartilhada pelo seu primo, Sr. Miguel, pudemos perceber que há diferentes formas de resistências, algumas mais passivas e outras mais ativas. E enquanto o Sr. Pedro se sujeita às normas de acesso à unidade do PSF, o Sr. Miguel as questiona e aponta que não aceita o modo como o ‘Posto’ lhe oferta o atendimento de forma programada. Durante a visita que fizemos à sua casa, o Sr. Miguel

Disse-nos que tem que marcar consulta toda vez e que, nem sempre, há vaga para passar no médico, sendo que só pode consultar naquele dia que o posto de saúde marcou para ele. [...] E completou dizendo que não aceita esse tipo situação e a forma como o posto de saúde atende. (Notas de Observação - 27/06/2007).

O enfermeiro, ao descrever a rotina da unidade de saúde, reforça essa maneira de organizar a oferta de atendimentos, afirmando que

[...] o médico atende as consultas agendadas por microáreas. Caso chegue um usuário em situação de emergência, com febre, dor ou pressão alterada, e que já tenha mais do que 12 consultas agendadas, o usuário é encaminhado para a triagem (pré - consulta) onde são verificados os sinais vitais. Esse usuário é encaminhado para a consulta de enfermagem e, se houver necessidade, será encaminhado para atendimento médico (Notas de Observação - 25/06/2007).

Fica claro que o modo de organização do acesso à unidade do PSF está condicionado à rotina dos programas de atenção à saúde ou às situações emergenciais. Questionamos, assim, a idéia de que a Atenção Básica se constitui “como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde” (BRASIL, 2006b). A regulação nesse nível, portanto, se faz presente através de práticas cotidianas de disponibilização regulada e programada da oferta de atendimento.

Põe-se em risco, dessa forma, o princípio pelo qual a equipe do PSF seja considerada como estratégia organizativa do SUS, devendo suas ações serem direcionadas para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo e da população. Deve ser a cuidadora do usuário, desde o acolhimento humanizado, a definição do projeto terapêutico multiprofissional, encaminhamento a outros níveis de atenção e acompanhamento da evolução do caso, construindo, assim, o vínculo e a confiança no serviço prestado (MATO GROSSO, 2005b).

Baseado nessa Política foi construído o sistema de referência e contra-referência para o *diabetes mellitus*, a partir da identificação de um problema de saúde pelo médico da unidade do PSF, sendo este responsável pelo encaminhamento das pessoas para avaliação e/ou tratamento em outros níveis de atenção. No entanto, em relação a esse sistema não basta criar fluxos, normas, meios de se encaminhar, mas é necessário que esse sistema possibilite a ampliação da melhoria da qualidade no atendimento à pessoa, sendo que nesse nível local, o poder de resolutividade encontra-se restrito em relação à sua complexidade.

Ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local, no qual está situado (PINHEIRO, 2006, p.74).

Na unidade do PSF, a pessoa realiza pessoalmente o agendamento de sua consulta para o CREM (Centro de Referência para a Especialidade Médica), uma unidade de saúde que oferta atendimento médico especializado somente para as pessoas residentes no município.

Na recepção da unidade, através de uma janela, são realizados os agendamentos de consulta interna, para o CREM e também para alguns tipos de exame. Nesse mesmo local é dispensada a medicação para o usuário que apresentar a receita médica (Notas de Observação - 25/06/07).

No CREM são atendidas as pessoas que vieram referenciadas pelas unidades de PSF do município para as seguintes especialidades médicas: cardiologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia e pediatria. Em situações como a do Sr. Pedro, que foi encaminhado para avaliação do nefrologista, há necessidade de que a própria pessoa faça o agendamento da consulta na “Central de Vagas”, localizada no CREM, que funciona apenas no período matutino.

Nessa “Central de Vagas” são agendadas as consultas médicas, procedimentos e exames que são ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde como aqueles que são de competência do Hospital Regional de Sorriso, as internações, os exames e os procedimentos de média e alta complexidade. A “Central de Vagas” funciona como um dispositivo de controle do acesso para a utilização e consumo dos serviços de saúde.

Na “Central de Vagas” o agendamento é realizado pela própria pessoa, através de uma senha, que se dirige aos funcionários responsáveis pelo agendamento de exames e procedimentos, internação e consulta médica para o HRS. Em cada mesa, o funcionário é responsável por realizar e registrar o agendamento da consulta em agendas pretas, que na sua capa contém o nome do médico, especialidade e o local onde atende. Nesse processo, a pessoa que necessita realizar o agendamento seja de consulta e/ou exames conversa diretamente com o funcionário sobre o problema de saúde. Nesse contato, a pessoa já recebe a resposta sobre o pedido (Notas de Observação - 26/06/07).

As agendas de registro de consultas são a materialização da capacidade médica ofertante, que se instala independente da necessidade de saúde das pessoas que procuram os serviços de saúde. Nesse espaço regulador, as pessoas acompanham o processo de agendamento e, nesse contato, já obtêm a resposta sobre se há ou não a vaga. Por outro lado, pela presença física do usuário e frente às suas reações, os funcionários se sentem pressionados, principalmente, quando não há oferta de determinada vaga.

Nesse local as pessoas marcam pessoalmente a consulta médica e os exames. Uma senhora estava tão concentrada no agendamento da consulta que nem se importou com a nossa presença e muito menos quando a abordamos dizendo que não tínhamos tirado a foto dela. Ela sacudiu a cabeça e voltou a falar com a funcionária. Nesse local, os agendamentos das consultas e dos exames são registrados nessas agendas de cor preta que contém o nome, a

especialidade do médico e o local onde ele atende. Pudemos constatar que um funcionário desse setor tinha acabado de retornar da licença médica em decorrência de depressão oriunda da ameaça de morte recebida por um usuário que não foi contemplado com uma vaga (Notas de Observação - 26/06/07).

A “Central de Vagas”, como dispositivo de controle e organização do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, acaba funcionando como mais uma estratégia para a regulação do acesso à assistência à saúde.

A regulação do acesso à assistência pode promover a adequação da demanda à oferta disponível, buscar a redução de custos independentemente das necessidades dos usuários, privilegiar o acesso a alguns serviços e dificultar a outros (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006, p. 49).

Ao contrário daquela forma exposta anteriormente, o texto destinado aos gestores de saúde mostra a positividade da prática de regulação.

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui estabelecida é que, ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (BRASIL, 2007a, p. 32).

Porém, os mecanismos regulatórios não se encerram no nível do município, mas continuam nos Escritórios Regionais de Saúde e no nível mais central do Estado. Assim, o modo de agendamento de internações, consultas e/ou exames são realizados mediante a autorização da Central de Regulação, com sede em Sinop, e são intermediados pelos próprios funcionários da “Central de Vagas”, de Sorriso, por telefone. Cada município que compõe o Consórcio Intermunicipal de Saúde se articula com a Central de Regulação, tanto em Sinop, como na sede central,

em Cuiabá, para realizar os agendamentos. Dessa forma, as centrais de regulação organizam o fluxo de acesso ao HRS, bem como a outros serviços de referência estadual situados em Cuiabá.

O HRS é referência para 15 municípios da região que compõe o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires, e ainda é referência para algumas especialidades para a Regional de Saúde de Colíder, Alta Floresta e Peixoto de Azevedo. Os usuários são referenciados através das Centrais de Regulação das regionais de saúde. O HRS dispõe de unidade laboratorial, banco de sangue e um centro de imagem. Nesse local são realizados vários tipos de exames, tais como: ultrassonografia simples e com Doppler, raios-X simples e contrastado, endoscopia, colonoscopia, eletrocardiograma, dentre outros (Notas de Observação - 27/06/2007).

A escassez de leitos hospitalares e de arsenal tecnológico para diagnóstico, dentro da rede pública de saúde em Mato Grosso, não é fato recente, sendo que a regionalização e a organização da atenção e da gestão através dos consórcios intermunicipais de saúde não trouxeram solução para o problema. A demanda exacerbada do HRS, que é referência para uma grande área geográfica e uma população expressiva, é prova disso.

Questionamos aqui a capacidade desse serviço de dar respostas a toda essa demanda e de fazê-lo com a qualidade necessária. Lembramos, também que, conforme previsto, cabe aos gestores a avaliação dessa qualidade, pois o seu grande desafio é, “além de introduzir mecanismos de regulação, protocolos e padrões de assistência, monitorar o seu desempenho” (BRASIL, 2007a, p. 27).

O mesmo documento oficial aponta que outro fator preponderante nessa avaliação do desempenho da regulação “é a informação para o usuário, que pode atuar, desde que bem informado, como um agente regulador” (BRASIL, 2007a, p. 27). Nas narrativas do Sr. Pedro nos foi possível apreender que o mesmo não tinha informações quanto à complexidade e funcionamento desse sistema, de maneira que pudesse, ele mesmo, ser um agente regulador.

No entanto, apesar dessa desinformação, ele empreendeu buscas por cuidado nos mais diversos serviços que, no seu entendimento, poderiam dar alguma resposta resolutiva para seus problemas de saúde, ainda que de maneira parcial, como poderá ser visto a seguir.

A regulação em saúde por outro lado, impõe ao Sistema de Saúde, um modelo de exclusão na medida em que cria “obstáculos” burocráticos ao acesso aos serviços, principalmente, no caso das pessoas com *diabetes mellitus*, visto que demandam cuidados contínuos e prolongados, ou seja, apresentam uma tendência de utilizar com mais frequência os serviços de saúde (OMS, 2003).

A seguir, apresentaremos as práticas profissionais de atenção por nós privilegiadas neste estudo, visto que, na sua organização e oferta, trazem, implícita ou explicitamente, a lógica dos serviços de saúde na atenção às necessidades da pessoa com *diabetes mellitus*.

6.3 A prática médica no município de Sorriso e a maneira como apreende os problemas de saúde da pessoa com *diabetes mellitus*

A prática médica desenvolvida na unidade de PSF tem por base as políticas de atenção à saúde, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que privilegia um saber com base nas medidas terapêuticas, destinadas ao diagnóstico, controle, monitoramento e acompanhamento efetuado nas pessoas com *diabetes mellitus*. São ações planejadas, normatizadas e instituídas, de forma protocolar, que homogeneiza a conduta profissional.

Desse modo, a prática médica prioriza a identificação e o controle dos sinais e sintomas do *diabetes mellitus* que se manifestam no corpo da pessoa e/ou através de interpretações de exames que lhe oferecem parâmetros para instituir medidas terapêuticas, normas e mudanças de estilo de vida. Conforme aponta Araújo (2005), o corpo, em sua materialidade, é apreendido como corpo/evidência, sendo a evidência entendida como aquilo que é incontestável e passível de verificação. Nessa perspectiva, na área da saúde, os sinais e sintomas são as evidências do corpo, ou seja, uma construção da Clínica, que permite as muitas quantificações e qualificações desse corpo, marcando sua visibilidade.

Nessa busca pelas evidências do corpo, este é recortado, de certa forma, por um olhar orientado e treinado – o do profissional da saúde (ARAÚJO, 2005). E, ao realizar as práticas de atenção e de cuidado, “os profissionais de saúde podem invadir a vida privada das pessoas, ao proporem mudanças de hábitos e atitudes no modo de viver, regulando a saúde, os comportamentos e os corpos” (COSTA, 2004, p. 13). Essa prática dissociativa, ou melhor, dizendo, reconstrutiva, no sentido de remodelar, reorganizar, expurgar e corrigir o que for necessária para se obter uma forma que se julga mais adequada (ARAÚJO, 2005), é a pedra de toque presente na atenção à saúde das pessoas com *diabetes mellitus*. E, mesmo o discurso oficial atual do cuidado integral a essas pessoas e famílias está centrado em

[...] poder ajudar o paciente a mudar o seu modo de viver; o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise à melhoria da qualidade de vida e autonomia. (BRASIL, 2006a, p. 11).

Analisando o discurso do que se entende por ‘cuidado integral’, percebemos que este ainda é embasado na idéia de que são as ‘escolhas’ que a pessoa com *diabetes mellitus* e sua família fazem em relação ao seu estilo de vida que precisam mudar, pois é aí que se encontra o ‘problema’ da doença. Porém, nas práticas de atenção desenvolvidas não é apreendida, ainda, a maneira como essas pessoas e suas famílias vivenciam a condição crônica no cotidiano e de quais mecanismos dispõem para gerenciá-la. Pois, é no cotidiano das pessoas com *diabetes mellitus* que a condição crônica apresentará sentidos e significados, o que possibilitará a elas conviver com a doença e incorporar novas normas, a partir de sua experiência de adoecimento, de maneira que estas, gradativamente, sejam percebidas e sentidas pela pessoa como cuidado de si.

Não queremos reduzir a noção de integralidade à de cuidado integral idealizado e normatizado pela Política de Saúde (BRASIL, 2006a), mas concordamos que

[...] a integralidade remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção os procedimentos e técnicas empregados se tornam secundários às

relações engendradas: cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de *encontro desejante* que constitui o campo de ação das políticas de saúde. Cuidar implica estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se erige o referente simbólico que inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sucesso prático, e não apenas de êxitos técnicos, ainda que estes sejam requeridos pelo primeiro (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, p. 38).

Entretanto, a concepção de cuidado construída pelo Sr. Pedro na sua relação com as práticas de saúde, e que já foi discutida anteriormente, está relacionada à consulta médica, cujo objetivo é o controle e monitoramento do *diabetes mellitus* e de suas complicações. Para ele, a consulta médica é percebida como acompanhamento, como se o médico fosse o único cuidador nessa relação, excluindo sua própria participação nesse processo. Foge-lhe, portanto, a compreensão de que essas consultas se constituem mais em rotina de ações de controle do corpo doente do que propriamente em práticas de cuidado.

É o médico? O médico tá indo bem do Posto (PSF). É porque ele que tava me acompanhando, né? Todo fim de mês nós tínhamos que fazer esse acompanhamento lá do diabetes, da pressão alta.

Para o Sr. Pedro a atenção dispensada pelo médico todo mês caracteriza-se como prática de cuidado, porém este ‘cuidado’, na nossa concepção é entendido como prática de intervenção no corpo doente, é de incitativa do profissional, sendo que ‘o paciente’ se coloca na posição de quem a ela se submete: “[...] nós tínhamos que fazer esse acompanhamento [...]”. No seu modo de atuar, o médico centra-se na objetividade da doença, utilizando instrumentos como exame físico e exames laboratoriais para tratar, curar e instituir normas, como a mudança de estilo de vida nas pessoas atendidas. Porém, na sua prática não é contemplada a subjetividade e nem a experiência de adoecimento dessas pessoas sobre o *diabetes mellitus*.

Assim, a visão ainda fragmentada da prática médica reduz o seu modo de atuar, centrando-se sobre a doença, pois,

[...] direciona a atenção à saúde do portador de diabetes apenas para o corpo mecanicista (obesidade, retinopatia, lesões, pé diabético, glicemia, disfunção sexual, entre outros), não indo ao encontro da natureza do homem enquanto sujeito, pois desconsidera sua capacidade de adaptação e responsabilidade frente à vida, bem como a sua bagagem cultural (PEREIRA, 2006, p. 17).

Ao observar o prontuário do Sr. Pedro na unidade do PSF, pudemos analisar como se constitui a racionalidade presente nas práticas, principalmente a racionalidade clínica, evidenciando que as ações desenvolvidas nessa unidade são centradas na consulta médica.

A prática médica centraliza seus registros no prontuário do paciente em resultados de exames de glicemia capilar, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, EAS, dosagem de creatinina e uréia para o monitoramento da função renal. [...] Além disso, apresenta registro de orientação dietética e de negação de transgressões alimentares por parte do Sr. Pedro (Notas de Observação - 26/06/07).

Na materialidade das práticas de atenção destinadas ao Sr. Pedro desenvolvida pelos profissionais da unidade do PSF ficou evidenciado que o seu objetivo é o corpo e suas manifestações clínicas analisadas com base nos resultados de exames laboratoriais relacionados ao *diabetes mellitus*. Conforme Araújo (2005), a prática médica é orientada pela Clínica, e nesta

[...] o olhar do médico recorta o corpo em certos detalhamentos. Pois bem, da leitura daquilo que foi apreendido pelo olhar, a Clínica formula sínteses, geralmente qualificadas como doenças, para fins de intervenção médica. A linguagem médica traduz, sinteticamente no diagnóstico médico, aquilo que no corpo é passível de ser no corpo objeto de sua intervenção - objeto da intervenção médica é sinteticamente apresentado como diagnóstico médico. Assim sob o diagnóstico médico, o ato médico se produz. Um olhar sobre o corpo, e o ato sobre o mesmo, é direcionado pela formulação do diagnóstico médico (ARAÚJO, 2005, p. 88-89).

Não evidenciamos registros de profissionais de saúde que se relacionem à abordagem do cuidado integral a ele. No entanto, as necessidades de saúde do Sr. Pedro vão para além daquelas que o médico identificou como importantes, tendo por base apenas os exames clínicos e laboratoriais, ou seja, um olhar direcionado pela Clínica, tendo o corpo doente como objeto de suas ações.

É de se supor que as pessoas, assim como o Sr. Pedro, desejam ser vistas na sua individualidade e não como um padrão de respostas corporais a uma dada doença. Elas desejam ser ouvidas sem que haja fragmentação entre sua vida e seu corpo. No entanto, são vistas como “diabéticas”, ou seja, uma condição que as iguala, sendo tidas como “rebeldes” por não aceitarem mudanças no seu estilo de vida. Dessa maneira, a prática médica realizada para o “diabético”, no seu sentido genérico e generalizável, concentra-se na prescrição e interpretação de glicemia capilar, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, entre outros padrões de valores laboratoriais, visto que tais padrões dão a segurança do modelo a ser alcançado na conduta médica.

Durante as nossas conversas acerca das consultas médicas a que tem tido acesso, o Sr. Pedro apresentava dificuldade em falar sobre a sua doença e em descrever como eram essas consultas mensais. Mas, ressaltou e enfatizou suas conversas sobre exames solicitados e realizados, sendo que, a partir desses, o médico o encaminhou para a avaliação do nefrologista.

*É o médico falava que... (pensativo)... Aí que me mandaram vir para cá. Fazer **exames** lá (em Sorriso). Fiz **exames** lá. E aí eu trouxe os **exames**, tá aqui (HUJM). Os **exames** estão aqui com os doutores. (falou baixo demais) É fiz **exames**. Fiz **exames** médicos. **Exames** médicos e vim com esses **exames** para cá. [...] É, eu fiz uns **exames** e acusou o problema nos rins. [...] Foi um especialista dos rins. [...] O encaminhamento quem deu foi o doutor. Eles falaram que era para eu fazer **exame** aqui. Aí fizeram os **exames** aqui, nós estamos fazendo **exames**. Já fizemos a primeira vez. Agora, a segunda vez que estamos fazendo. [...] É por causa dos **exames**. Eles olharam os **exames** e mandaram eu para cá.*

Nessa narrativa, o Sr. Pedro descreve a racionalidade presente na prática médica que é centrada nos **exames** e nos valores dos resultados que desencadeiam, posteriormente, condutas terapêuticas e, inclusive, como critério avaliativo da necessidade de se encaminhar para outro nível de atenção dentro do

Sistema de Saúde. Mas, o que nos chama atenção são os monólogos das consultas, das solicitações e leituras de exames, refletida no número de vezes que o Sr. Pedro repete a palavra “exame”, nucleando sua narrativa em torno dela, sendo que outras necessidades não são apreendidas, não sendo mesmo oferecida sequer a informação mínima necessária para a compreensão do Sr. Pedro acerca da sua doença.

Araújo (2005) explica que o exame é a tecnologia médica de leitura do corpo, sendo que outras formas de obter leitura desse não são valorizadas.

Assim sendo, os Exames Médicos Laboratoriais são considerados tecnologias diagnósticas médicas, fazendo parte do arsenal Clínico. [...] Da formulação de um saber (Clínico) sobre o corpo, sobre saúde, sobre doença, se produz uma leitura detida e detalhada do corpo – um corpo dividido para ser esmiuçado em cada uma de suas partes; e isto tudo novamente reconstruído, num corpo sintetizado no diagnóstico, linguagem auto-explicativa do corpo, na qual o corpo é normalizado para uma etapa seguinte da Tríade da Clínica – Terapêutica sobre o corpo (ARAÚJO, 2005, p. 89).

A descrição do Sr. Pedro mostra, de maneira clara, a racionalidade presente na prática como aquela centrada no controle e monitoramento do *diabetes mellitus*, através da leitura do corpo doente, por meio do exame solicitado pelo médico. E, como efeito disso em sua vida, ele acaba incorporando em seu próprio discurso e lógica a importância dos exames, como se estes fossem a garantia de obter acesso aos serviços de saúde, assim como possibilitassem a aquisição de medicamentos e de consulta médica para responder às suas necessidades de saúde:

Agora tá tudo direito. Agora não tem falta de remédio [...] Melhorou porque tem remédio. Todos os postos agora têm remédio. [...] Os médicos, as enfermeiras tão me atendendo tudo direitinho. [...] É porque estão fazendo os exames, tudo direitinho. [...] Agora, os médicos é que vão saber.

O excesso de intervencionismo sobre o corpo doente, sendo monitorado e controlado por valores numéricos evidenciando o seu ‘estado clínico’, exclui a percepção que o Sr. Pedro tem sobre a manifestação da doença no seu corpo. Assim, ele passa a compreender que só é possível fazer a interpretação do seu estado

de saúde pelos resultados dos exames, cujos valores numéricos só podem ser lidos pelo médico. Quanto a esse aspecto,

[...] o campo da saúde tem sido marcado por intervenções balizadas por um certo exercício do saber-poder técnico, cujo principal efeito – e, ao mesmo tempo, premissa de sua viabilidade – pode ser identificado na produção de um *outro* objeto de intervenção, e não sujeito de relação (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, p. 37-38).

Essa valorização da realização de exames como sinônimo de bom atendimento para os seus problemas de saúde, bem como o fato de o médico ser o único a poder interpretá-los, traz sérios efeitos sobre a maneira pela qual as pessoas com *diabetes mellitus* passam a desvalorizar seu próprio conhecimento acerca das manifestações e repercussões advindas da doença no corpo.

Para Canguilhem (2002, p.145) “o indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe”. Já Illich (1975), um pouco mais incisivo, a partir das análises de Canguilhem sobre o normal e o patológico, assinala a perda da autonomia e da responsabilização das pessoas pela realização do cuidado a sua doença. Como conseqüência, tais ações foram delegadas ao médico que tem o poder de confirmar os sinais e sintomas manifestos no corpo da pessoa. O autor afirma, ainda, que

[...] o poder da medicina de atestar que alguém está doente foi substituído pela presunção burocrática do gerente da saúde pública que classifica as pessoas em função da importância e da natureza de suas necessidades terapêuticas. [...] As pessoas passam a reconhecer esse novo direito dos profissionais da saúde de intervir em sua vida em nome de sua própria saúde. Numa sociedade mórbida, o ambiente é recomposto de tal modo que, a maior parte das pessoas perde, em freqüentes circunstâncias, o poder e a vontade de ser auto-suficiente, afinal acaba acreditando que a ação autônoma é impraticável (ILLICH, 1975, p. 74).

Percebemos que tanto Canguilhem como Illich nos apontam que suas problematizações sobre a racionalidade da prática médica feitas há mais de 30

anos não diferem do contexto atual. Foucault (2006a) também contribuiu com a idéia aqui apresentada, ao descrever como o saber da medicina foi sendo construído, a legitimação do discurso médico e de suas práticas sendo fortalecida e reproduzida no cotidiano dos serviços de saúde através do poder disciplinar. Para Foucault (2006a, p.106), a “disciplina é, antes de tudo, análise do espaço. É a individualização pelo espaço, pela inserção dos corpos em espaço individualizado, classificatório, combinatório”, sendo que sua ação ocorre no cotidiano dos serviços de saúde, espaços em que ganha concretude a micropolítica do poder. A disciplina e seus dispositivos são aí exercidos por ações de controle, vigilância e registro contínuo (FOUCAULT, 2006a; 2006b).

Ao analisar o prontuário do Sr. Pedro na unidade do PSF, evidenciamos que, ao longo do tempo em que ele vem fazendo acompanhamento do seu problema de saúde, não houve diferença no modo como os inúmeros profissionais o atenderam.

Nesses últimos sete anos, passaram mais de cinco médicos pela unidade, sendo que os registros dos dados no prontuário variam de caligrafias legíveis a ilegíveis, como também, a presença ou não da assinatura e carimbo do médico. No entanto, o registro da prática médica é mantido centrado no controle e monitoramento do diabetes mellitus, evidenciando que essa é a lógica que a direciona, independentemente do profissional que a coloque em movimento (Notas de Observação - 26/06/07).

No registro contínuo de suas práticas e no modo como apreendem as necessidades de saúde, de acordo com o olhar ainda fragmentado e reducionista, baseado nas alterações do *diabetes mellitus*, fica evidenciado que a materialidade das práticas se constitui em uma forma propícia de analisar ‘como as coisas estão sendo feitas’, independente de quem as realiza. E, ainda, associando essa análise àquela feita quanto à vivência da condição crônica do *diabetes mellitus*, pudemos apreender os efeitos dessa prática na vida das pessoas e nas formas como elas enfrentam suas adversidades.

Assim, mudam os profissionais, mas as práticas se reproduzem e se legitimam, também, como uma identidade profissional, não havendo necessidade até mesmo do carimbo e da assinatura do médico para se caracterizar como uma consulta

médica. Esse pode ser considerado como um “caso exemplar”, na perspectiva foucaultiana do termo, do modo de fazer saúde, produzindo seus efeitos não somente nas pessoas com *diabetes mellitus*, mas, também, influenciando os modos de ‘fazer saúde’ por outros profissionais.

Embora haja uma racionalidade que perpassa a prática médica, no cotidiano dos serviços de saúde é possível perceber que diferentes profissionais podem ter uma atuação mais ou menos resolutiva sobre um dado problema de saúde. O Sr. Pedro, apesar da importância que dá à consulta médica como sinônimo de bom atendimento, apresentou essa diferenciação em relação aos médicos, com base no modo como os diferentes profissionais atenderam ou não as suas necessidades de saúde.

O problema lá foi só o polonês (referindo-se ao médico). É porque o polonês não olhou para os meus pés. [...] É porque lá não tem especialista. [...] O encaminhamento quem deu foi o doutor [...] Não sei o nome. O doutor passou um remédio e aí eu fiquei bom desse pé.

Apesar da prática médica apresentar, em sua materialidade, o modo como esses profissionais direcionam o seu foco de atenção, para o Sr. Pedro esses profissionais se diferenciam pelo fato de um deles não ter, sequer, focado sua atenção em seu pé que apresentava início de necrose em uma das fases de agudização da sua doença. Ele também diferencia esse profissional pelo fato de não ser ‘especialista’. Esse médico que não atendeu as suas necessidades de saúde passa a ser nomeado pelo Sr. Pedro como “*polonês*”, palavra usada para enfatizar sua insatisfação para com ele.

Mas, na medida em que o outro profissional, o especialista, olha para seu pé, diagnostica o problema e prescreve uma medicação que o deixa bom, para o Sr. Pedro esse médico especialista se diferencia do médico não especialista (do PSF), reforçando a importância da especialidade na Clínica. Ainda, ao comparar os dois profissionais que atuaram na unidade de PSF, o Sr. Pedro apontou formas diferentes de prática médica, conforme sua narrativa:

Não era esse médico não. Era uma doutora nesse tempo. [...] Mas, agora eu to sabendo mais um pouquinho. É porque eu to

aprendendo com esse pessoal, com o doutor. O doutor tá sempre me explicando como é que é para fazer.

Tanto o “*doutor*” como a “*doutora*” tiveram uma particularidade no seu modo atuar e, muito provavelmente, um olhar mais qualificado em relação ao outro “*médico*” e, por isso, eles receberam a nomeação de “*doutor/ doutora*”.

Além dos efeitos da “medicalização social, que expropria a saúde; enquanto responsabilidade do indivíduo e da família” (TESSER; CAMPOS; LUZ; 2007, p. 2), surge, também, o modo como cada profissional médico exerce o seu poder de ‘convencimento’ para a realização de uma determinada técnica que incide sobre o corpo da pessoa doente. Parece-nos mesmo que, mais do que convencimento há a imposição de uma decisão médica tomada à revelia da pessoa que a ela submeter-se-á. Isso se dá mesmo quando o procedimento técnico consiste em amputação de uma parte de seu corpo, a do hálux direito do Sr. Pedro, interpretado por ele como uma ameaça ao agravamento da lesão, gerando insegurança quanto às consequências para a sua vida.

É a perna, a doutora lá falou que ia cortar minhas pernas. [...] O médico falou para mim que se eu não tirasse o pé ia aumentando mais, ia aumentando. E ia tirar a minha perna. E aí, como é que eu iria andar? Tirar a minha perna. É isso aí.

Nesse momento, o Sr. Pedro vivencia uma situação conflitante, demonstrando toda sua fragilidade em relação à amputação, procedimento colocado como necessário pelo profissional e o fato de não poder mais andar após a sua realização. É possível perceber, também, a desinformação como ponto forte dessa situação, pois ele fala em “*cortar minhas pernas*”, “*tirasse o pé*”, “*tirar a minha perna*”, mostrando que não lhe foi sequer explicado o tipo e o nível da amputação que iria sofrer.

Nessa forma de atuação, o profissional médico dissocia o procedimento técnico sobre a lesão, a doença, a vida da pessoa e suas referências, não lhe dando, sequer, o direito de obter informação quanto ao que seria realizado em seu corpo, quanto mais de decidir sobre a realização ou não do procedimento.

Essa situação, também, foi identificada no estudo de Chini e Boemer (2007) sobre a vivência da amputação, no qual essas autoras identificaram que

[...] os pacientes internados ficam fragilizados e submissos à vontade do profissional de saúde, principalmente no que se refere ao médico, detentor do conhecimento científico. Há impessoalidade na relação vivida entre médico e paciente, pois os médicos são tratados como mestres, mas sempre pelo plural, de forma anônima (CHINI; BOEMER, 2007, p. 332).

A prática médica, assim como as demais práticas realizadas por outros profissionais da área da saúde focalizam suas ações na apreensão daquilo que recortam como necessidades de saúde de forma objetiva. No entanto, esse recorte não abarca a totalidade e a complexidade dos problemas de saúde da pessoa, visto que a mesma dificilmente é ouvida quanto às prioridades que estabelece para sua própria saúde.

A atitude autoritária do médico que se nega ao diálogo e se defende dos argumentos do leigo está conduzindo ao extremo um padrão de ciência objetiva na fundamentação de suas atitudes, posturas e ações que, em última instância, resulta na negação do outro. Nesse sentido, o médico não pode abusar do poder e pretender dominar o paciente, mesmo que esta possibilidade se mostre muito sedutora. Deve restringir-se a aconselhá-lo e ajudá-lo (COSTA, 2004, p. 11).

E, além disso, faz-se necessário que sejam oferecidas às pessoas com *diabetes mellitus*, informações sobre os recursos disponíveis que podem ser acessados por elas na sociedade, nas instituições e nos sistemas de saúde de modo que possam obter ajuda para enfrentar, de forma consciente e ativa, as adversidades decorrentes da condição crônica. É importante destacar que a interação entre profissional de saúde e as pessoas com *diabetes mellitus* deve se dar através do “[...] estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada pelas subjetividades” (CECÍLIO, 2006, p. 115), contemplando as diversas dimensões da vida humana e não apenas a dimensão técnica do cuidado à doença.

Na relação estabelecida com o Sr. Pedro pudemos perceber que o modo pelo qual a prática médica está sendo exercida faz pouco sentido para ele, uma vez que busca mecanismos de fuga para *driblar* as normas, as ordens e ao que está instituído, conforme pudemos observar:

Ao perguntamos ao Sr. Pedro se, depois que voltou para Sorriso, ia pegar a insulina no Posto Central, ele afirmou que sim, que está pegando. Na oportunidade, perguntamos como fez para tomar insulina na viagem e ele disse que, durante sua viagem ao Nordeste, ele não fez uso da insulina e que lá arranhou “as pílulas” com a prima dele. Acrescentou ainda que, depois que fez uso das pílulas, ele melhorou (Notas de Observação - 14/07/07).

Percebemos que, mesmo estando prescrito o uso contínuo da insulina, ele ainda escolhe em que momento deverá usar. Essas formas de transgressões, como aquelas relacionadas à alimentação, não fazem parte daquilo que é abordado nessas consultas, visto que aí não se discute as dificuldades encontradas e os arranjos cotidianos que as pessoas desenvolvem para resolvê-las. É importante salientar também que as escolhas feitas pelo Sr. Pedro foram com base naquilo que lhe fez sentido, pois entendia que o uso “*das pílulas*”, ou seja, do hipoglicemiante oral, poderia substituir o uso da insulina. No entanto,

[...] estar sob tratamento de um profissional médico não implica estar sob suas ordens ou determinações. O tratamento requer que se conceda a liberdade de decisão ao doente e não somente que se formulem prescrições, definam-se procedimentos e exames. Essa postura significa assumir uma certa responsabilidade no exercício de atenção e cuidado, desde que esta não comprometa a liberdade do doente (COSTA, 2004, p.11).

Proporcionar autonomia, criatividade e novas escolhas pode apoiar as práticas a serem construídas no cotidiano dos serviços de saúde, à medida que uma relação de vínculo e de acolhimento aí se concretize de fato. E, conforme Teixeira (2003), a síntese mais adequada para a compreensão de acolhimento é a de reconhecer o outro como um legítimo outro; reconhecer cada um como insuficiente, visto que ninguém sabe tudo e todo mundo sabe alguma coisa; e considerar que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes na mesma.

No entanto, concordamos também com Souza e Lima (2007), quando afirmam que só poderão fazer escolhas verdadeiramente livres as pessoas que compreendem o que se passa em seu próprio corpo, que seguem normas não porque estas lhe foram impostas por algum profissional, mas porque as compreendem e sabem que elas ampliam suas potencialidades de serem felizes.

6.4 A prática de educação em saúde

Embora não houvesse a previsão inicial de analisar a prática de educação em saúde como uma das práticas profissionais de atenção a serem observadas durante a nossa ida a campo no município de Sorriso, tivemos a oportunidade de acompanhar as atividades de um dos “grupos de diabéticos e hipertensos” organizados pelos profissionais do PSF ao qual o Sr. Pedro está vinculado. Desta forma, consideramos interessante acrescentar essas observações em nossas análises, pois trouxeram elementos importantes para compreendermos como se configura a atenção à saúde aí desenvolvida.

Frisamos que as narrativas do Sr. Pedro também davam destaque à prática de educação em saúde no cotidiano do atendimento por ele recebido na unidade de saúde. As “reuniões”, conforme a denominação dada por ele, se constituem em uma prática de atenção contínua, da qual ele participa mensalmente.

Ao acompanharmos a realização de uma reunião do grupo de diabéticos e hipertensos na unidade de saúde da qual o Sr. Pedro faz parte, pudemos não apenas fazer a observação da mesma, como também obter imagens fotográficas. As imagens nos permitiram uma análise mais detalhada das cenas que aí ocorriam, possibilitando uma leitura das posições e atitudes assumidas pelas pessoas, tanto as pessoas com *diabetes mellitus* e hipertensão arterial, quanto do profissional médico que conduzia a reunião.

As práticas de educação em saúde são destinadas às pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Tais práticas acontecem

todas as segundas-feiras à tarde. Cada grupo é composto por pessoas com o mesmo problema de saúde e que residem na mesma microárea. O dia estava muito quente. [...] Algumas pessoas pareciam estar atentas às falas do médico que conduzia a reunião, enquanto que outras estavam com olhar perdido. As pessoas estavam mudas, numa postura não ativa durante as atividades do grupo (Leitura de Imagem Fotográfica - 25/06/07).

Essas “reuniões”, previstas e prescritas nas Políticas de Saúde, têm como objetivo implementar “atividades de educação em saúde para a efetividade e adesão do paciente” (BRASIL, 2006a, p.10). Ou seja, as pessoas com *diabetes mellitus* ainda são excluídas no planejamento do cuidado, desconsiderando o saber adquirido por elas ao vivenciar a condição crônica do *diabetes mellitus* no cotidiano. Dessa forma, “isso mantém o conhecimento, de algum modo hermético, fragmentado e difuso, sem maiores, possibilidades de servir ao homem em sua vida cotidiana” (ROZEMBERG, 2007, p. S101).

Bonet (2005), ao tratar do tema de educação em saúde, mostra sua preocupação quanto ao fato de que, orientada de cima para baixo, essa prática não estaria cumprindo hoje a mesma função que teve no começo do século XX, ou seja, de transformar os *habitus* individuais e os comportamentos culturais. Segue o autor apontando que, da maneira como se apresenta essa prática ela se torna uma extensão do olhar dos médicos e dos agentes comunitários de saúde, se constituindo em um “olhar panóptico” no qual todo espaço social, reticulado e disciplinarizado, estaria sob o olhar do médico. Esse olhar, como mecanismo de poder individualizante de classificação, poderia ser utilizado para modificar comportamento, treinar ou reeducar a conduta dos indivíduos.

Em nossas observações, pudemos constatar que, ao invés de promover práticas de educação em saúde centrada nas pessoas com *diabetes mellitus*, “as reuniões” são centradas no saber científico normalizador e normatizador sobre o modo de viver dessas pessoas, numa transmissão vertical de conhecimentos, como aponta a narrativa do Sr. Pedro.

Aí ela fica dando aquela lição para nós. A doutora, que fica ensinando nós como é que é para fazer. Aí nós vamos acompanhando ela. Agente de saúde também vai para ajudar e ensinar como é que é. Quando não tem a doutora tem uma outra mulher lá que vai lá, outra moça, né? Para ajudar nós.

Conforme a narrativa do Sr. Pedro e analisando o impacto dessa prática na construção dos espaços e das relações entre profissionais e as pessoas “ouvintes e pacientes”, esta se configura de forma intencional, pois o foco de suas ações é na mudança do estilo de vida, como norma para se atingir os resultados esperados no controle e monitoramento do *diabetes mellitus*. Ao afirmar que “*ela [a médica] fica dando aquela lição para nós [...] fica ensinando nós como é que é para fazer*”, o Sr. Pedro mostra, de maneira clara, o papel passivo, de aprendiz do conhecimento alheio que assume nas reuniões, bem como a característica de disciplinarização que a atividade educativa assume. E nesse contexto, até mesmo a agente comunitária de saúde incorpora o papel de disciplinarizadora ao “*ajudar e ensinar como é que é*”.

A educação em saúde

[...] pode contribuir para o exercício do bio-poder porque envolve a disciplina e normas de comportamento que têm por objetivo promover uma boa saúde. Trata-se de um processo educativo por natureza, pois, promove comportamentos que devem ser adotados pela população como um todo e interfere nas escolhas individuais, informando sobre como atingir estilos de vida *saudáveis* (GASTALDO, 1997, p. 148).

Essa mesma autora aponta que esse tipo de prática pode levar a resistências na adesão ao tratamento. Em nome de uma boa prática, os profissionais de saúde realizam tais atividades na certeza de estarem proporcionando o cuidado, definindo o que é melhor para a pessoa (SILVA et al, 2006) e, dessa forma, excluindo-as do processo, quando este deveria ser um processo de construção coletiva.

Ao comentar sobre “as reuniões” realizadas na mesma unidade do PSF em que seu primo é atendido, também o Sr. Miguel aponta que o seu conhecimento sobre o *diabetes mellitus* foi sendo tecido pelos diversos enfrentamentos vivenciados no seu cotidiano. Sobre isso,

[...] *ele nos disse que nessas reuniões as pessoas ‘vêm me dizer o que eu tenho que fazer’.* Falou-nos de maneira convicta que ele é a

pessoa que mais entende de diabetes, reforçando, ainda, que a doença é ele quem a tem (Notas de Observação - 27/06/2007).

No entanto, os profissionais dessa unidade, ao desenvolverem a prática de educação em saúde, não têm aproveitado o conhecimento resultante desses enfrentamentos cotidianos com a doença, para ser compartilhado com outras pessoas que vivenciam a mesma condição crônica, de modo a que houvesse uma construção coletiva do grupo de apoio e de convivência. Ao insistirem na adoção de estilos de vida saudáveis como algo a ser aprendido em manuais, os profissionais de saúde excluem o contexto de vida das pessoas com *diabetes mellitus* e as repercussões da doença em suas vidas. Desconsideram a experiência de adoecimento de quem vivencia as limitações e as possibilidades de vida e saúde e, por isso, busca e passa pela reelaboração de sentidos e significados do que seja viver com e apesar da doença no dinamismo do espaço/ tempo cotidiano. Entretanto,

[...] a adoção de comportamentos preventivos quando ocorre, dá-se por meio do argumento da autoridade e, apenas raramente, por apresentar consistência lógica para as populações, a não ser quando co-incidem com a sabedoria do *bom senso* (ROZEMBERG, 2007, p. S102).

Quando não co-incidem as duas lógicas na produção do cuidado, ou seja, a lógica prescritiva e impositiva do profissional de saúde e a lógica da pessoa com *diabetes mellitus*, que tem por base as possibilidades e limitações cotidianas da experiência de adoecimento, ocorre um distanciamento, uma barreira entre os sujeitos dessa prática, conforme a leitura da imagem fotográfica de uma das reuniões do grupo:

O médico apresenta-se como o centro das atenções para o grupo. Sua postura de permanecer em pé, no centro do grupo e fazendo uso do estetoscópio pendurado no pescoço, identificando sua posição de médico e a centralidade das ações baseadas no saber deste profissional. [...] Uma criança está sentada no chão, sendo que a pessoa responsável por ela participa da atividade educativa, porém, com um olhar de quem não está prestando atenção nas explicações do médico. Além dela, outras pessoas, que estão sentadas ao seu lado, apresentam a mesma característica de um

certo alheamento. [...] As atividades continuam centralizadas na fala do médico, sendo que o mesmo não procura interagir com as demais pessoas (Leitura de Imagem Fotográfica - 25/06/07).

A postura dos participantes desse grupo mostra os papéis já definidos na realização da atividade, ou seja, a centralidade das ações no profissional médico com seu discurso apontando como “*deve ser*” o cuidado voltado à doença, e as pessoas “doentes” excluídas desse processo. Bonet (2005) nos aponta que as práticas de educação em saúde, orientadas por uma direção de cima para baixo, podem tomar duas dimensões: a primeira, chamada de individual, se apóia no aconselhamento sobre cuidados específicos a serem adotados em relação ao corpo ou ao meio ambiente em que a pessoa vive; a segunda, chamada de coletiva, é praticada em grupos formados a partir de um tipo especial de pacientes que têm a mesma doença.

No entanto, qualquer uma dessas duas modalidades de organização das práticas de educação em saúde, a centralidade está sendo efetivada na figura do médico. No caso da educação em nível individual, como ocorre nas consultas, a pessoa doente é a “ouvinte” da fala do outro, o profissional. Já nas atividades coletivas, são as pessoas que ‘assistem’ à “*reunião*”, reafirmando tal centralidade através de sua postura corporal. O registro da imagem fotográfica obtida da reunião nos permite lançar um olhar mais demorado a essa cena, possibilitando a análise das expressões faciais e corporais dos participantes que, em sua maioria, exprimem alheamento e distanciamento.

Também nos possibilita inferir alguns aspectos do cotidiano das pessoas, como por exemplo, ao observar uma senhora com uma criança ao colo, que nos leva a compreender a sua dificuldade para estar ali assistindo à “*reunião*”, não tendo com quem deixar a criança. As pessoas ausentam-se de suas atividades cotidianas para comparecer às atividades programadas da unidade, seja a participação no grupo, na consulta com o médico ou para receber as medicações, aparentemente como quem cumpre uma obrigação, pois, muitas vezes, não apreendem o sentido dessas atividades como tendo relação com as dificuldades que enfrentam com a doença e a busca por cuidados, visto que as práticas aí desenvolvidas ainda estão centradas no controle e monitoramento da doença.

Porém, as práticas de educação em saúde desenvolvidas nessa unidade do PSF não diferem das práticas analisadas por Pinho, nas quais

[...] o educar em saúde desenvolvido pelos profissionais está, geralmente, pautado em uma educação bancária, tradicional, autoritária e unidimensional, cujas experiências do sujeito parecem não estar sendo levada em consideração no momento do planejamento das ações, provocando nele, talvez, um sentimento de exclusão (PINHO, 2000, p. 100).

As práticas de educação em saúde, assim como outras observadas, estão fortemente embasadas com o intuito de promover o que os profissionais e as Políticas de Saúde por eles adotadas entendem ser estilos de vida saudáveis. Porém, o instituído perde suas forças no cotidiano e na leitura da imagem fotográfica de uma reunião do grupo de diabéticos e hipertensos evidenciamos que

[...] a postura dessas pessoas foi o que nos chamou a atenção. Parece-nos que tal atividade apresenta as mesmas características de todos os encontros nos quais o profissional conduz a atividade a partir do seu saber e desconsidera o saber das pessoas que realmente vivenciam a condição crônica. Dá a impressão que essas práticas têm o mesmo sentido, não havendo possibilidades de inovações e que despertem a participação ativa dessas pessoas (Leitura de Imagem Fotográfica - 25/06/07).

No entanto, é possível desenvolver maneiras diferentes de elaborar práticas de educação em saúde, como por exemplo, aquelas analisadas por Pinho (2000) e Francioni e Silva (2006) que apontam a finalidade de um grupo de convivência com o objetivo de ser um local de escuta, de trocas, de compartilhar experiências vividas de modo a diminuir o estresse, resultando no fortalecimento de ações e de condutas próprias no enfrentamento das adversidades impostas pela condição crônica do *diabetes mellitus* no cotidiano. Porém, no grupo por nós observado, a inversão dos papéis das pessoas como ‘ouvintes’, e não como ‘participantes’, gera a exclusão e promove posturas de negação, de obrigação de ‘estar ali’, visto que não apresenta sentido de aplicabilidade no seu cotidiano devido à não repercussão em seu contexto de vida e na sua forma própria de gerenciar a sua condição crônica.

Sendo assim, enquanto os profissionais de saúde não reavaliarem suas práticas, de maneira que estas passem a incluir a escuta e estimule a fala compartilhada, continuarão “realizando o seu trabalho educativo, de forma individual, levando o sujeito à passividade, a falta de atitude crítica e à incapacidade de transformar a realidade” (PINHO, 2000, p. 83).

É interessante assinalar as concepções diferenciadas que profissionais e pessoas cuidadas têm de uma mesma prática, pois aquilo que os profissionais denominam de ‘prática educativa’ está sendo percebida pelo Sr. Pedro como uma lição e/ou como uma ordem a ser seguida, com suas proibições e restrições que comprometem sua vida, que não o ajuda, de fato, no enfrentamento de sua doença. E, como já apontado anteriormente, ele expressa que *“Aí ela fica dando aquela lição para nós, a doutora, que fica ensinando nós como é que é para fazer. Aí nós vamos acompanhando ela”*

Ainda nas palavras do Sr. Pedro ficam evidenciadas essas muitas imposições que o tão propalado “estilo de vida saudável” a ser adotado pela pessoa com *diabetes mellitus* deve seguir, bem como suas conseqüências para o seu prazer de viver: *“Ele (o médico) deu uma lista. E eu fiquei com aquela lista para ver como era que eu vivia. Para eu sobreviver com aquela lista. O comer que era para eu comer”*.

Oferece-se “lista” do que comer, mas não se discute como “viver com ela”. E, assim, só resta ao Sr. Pedro “sobreviver a ela”. Mais uma vez percebemos que tais práticas educativas não apresentam sentido e significado na vida do Sr. Pedro, não repercutindo, portanto, na adesão que o profissional de saúde espera. Resultante a isso, as fases de agudização se tornam cada vez mais freqüentes, pois o Sr. Pedro não associa a lesão renal, o problema cardíaco e a necrose e amputação do hálux direito como complicações do *diabetes mellitus* que ele não tem conseguido controlar.

Nesse círculo vicioso e perverso que se instala, aquilo que foi instituído pelos profissionais de saúde não faz sentido para o Sr. Pedro, como por exemplo, as restrições, as limitações e o uso contínuo da insulina, que também não contribuíram para evitar as complicações decorrentes do *diabetes mellitus*, sendo que situação semelhante também ocorreu com o Sr. Miguel. Como a progressão das

complicações, lhe parece, ocorre independente dos cuidados que tome e das restrições que siga, ele delas desacredita. Sendo assim, “se tudo é proibido, nada mais se pode fazer, não existe modo de evitar essa doença e, portanto, tudo volta a ser permitido. De modo que a vida não pára” (ROZEMBERG, 2007, p. S102).

Pensar em uma maneira de sair do círculo vicioso e construir um círculo virtuoso de atitudes mais positivas frente à condição crônica do *diabetes mellitus* implica, primeiramente, em pensarmos em práticas mais amistosas à integralidade do cuidado em saúde. Um dos modos possíveis nos parece ser uma mudança no enfoque da relação profissional - pessoa com *diabetes mellitus* que, como nos apontam Silva Júnior e Mascarenhas (2004) precisa englobar a congruência entre as expectativas de ambos, a adaptação e a flexibilidade, o trato equitativo e a manutenção máxima possível da autonomia da pessoa cuidada.

Pudemos observar que as práticas de autocuidado desenvolvidas pelo Sr. Pedro e Sr. Miguel, e de muitas outras pessoas com *diabetes mellitus*, não estão embasadas nas práticas de educação em saúde que receberam nos serviços de saúde, e sim nos rearranjos possíveis desenvolvidos no cotidiano de sua própria experiência de adoecimento. Assim, é de fundamental importância reconhecer que, as práticas profissionais de atenção estão distantes de serem efetivas e eficazes para a sua aplicabilidade no seu dia-a-dia. Com base nisso, urge repensá-las em sua constituição, de modo a torná-las menos intervencionistas e mais cuidativas, pois, como apontam Guizardi e Pinheiro (2005) à integralidade remete mais à noção de cuidado do que à de intervenção.

6.5 A prática de enfermagem

Neste estudo, a prática de enfermagem engloba as ações em saúde desenvolvidas tanto por auxiliares e/ou técnicos de enfermagem como pelo enfermeiro.

Embora o campo de atuação do enfermeiro na unidade do PSF seja amplo, permitindo-lhe atuar na assistência, em práticas educativas e também na organização e gerência da unidade, ao conhecermos a realidade de saúde local no município de Sorriso e o contexto onde o enfermeiro realiza sua prática cotidiana, pôde-se observar que ela está focalizada, principalmente, em atividades voltadas à organização da unidade. Tal apontamento ficou evidenciado quando fomos conversar com o Coordenador da Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso que

[...] frisou que o funcionamento da unidade depende do perfil do Enfermeiro. E, mediante isso, ressaltou que exige do enfermeiro a função de responsável pelo funcionamento da unidade de saúde (Notas de Observação - 25/06/07).

Conforme aponta o Coordenador da Secretaria, a função do enfermeiro é pôr em funcionamento a unidade de saúde, o que foi percebido em nossa observação, principalmente através da produção dos inúmeros relatórios que ficam sob a responsabilidade do enfermeiro.

Outra prática de organização do trabalho do enfermeiro no município é cobrir as férias de outro colega, acumulando dupla função, conforme a observação realizada: *“o enfermeiro da unidade do PSF “A” está de férias e o enfermeiro da unidade “B” está realizando a cobertura da unidade do PSF A”* (Notas de Observação - 25/06/07). No entanto, ainda que essa cobertura seja realizada pelo enfermeiro de uma unidade mais próxima, nos leva a questionar se essa dupla atividade não acaba por precarizar direta ou indiretamente a assistência prestada à população de ambas as unidades.

Ao procurar apreender a percepção do Sr. Pedro sobre a atuação do enfermeiro, este nos disse ser o profissional que *“toma conta lá do Posto. Tem um menino lá que toma conta do Posto”*, evidenciando que as práticas desse profissional são focalizadas na organização e controle da unidade, ou seja, dele *“toma conta”*. Já o auxiliar e/ ou técnico de enfermagem para ele é *“[...] aquele que faz tudo, injeção e tudo mais. [...] É, lá tem um pessoal, lá. Tem o técnico lá. E tem os enfermeiros e têm outros lá”*.

Assim, diferencia-se o profissional de enfermagem que ‘desenvolve o cuidado’, que realiza ações mais significativas para ele, e aquele que ‘toma conta

do Posto'. Essa percepção de que há um certo afastamento do enfermeiro em relação às atividades de cunho mais assistencial, é corroborada quando o próprio enfermeiro refere que as práticas de educação em saúde desenvolvidas na unidade do PSF não são realizadas por ele, mas pelo médico.

As atividades do grupo de hipertensos e diabéticos são realizadas por microárea toda terça-feira de manhã. Conforme o enfermeiro nos relatou, essa reunião é comandada pelo 'doutor'. [...] Ele nos disse também que tem muito paciente revoltado e que a equipe 'bate em cima e fala com a família' (Notas de Observação - 25/06/07).

Entretanto, nas atribuições de cada membro da equipe do PSF elaboradas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) no cuidado à pessoa com *diabetes mellitus*, ao enfermeiro cabe

[...] desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos (BRASIL, 2006a, p. 47).

Assim, são também de responsabilidade do enfermeiro as atividades de educação em saúde, tanto de maneira individual quanto em grupo, e não somente do médico que, nas suas palavras, 'comanda' a reunião.

Ao analisar as observações realizadas na unidade do PSF e as narrativas do Sr. Pedro que não relatou assistência recebida pelo "enfermeiro"¹³, atribuindo-lhe a função de apenas "tomar conta do Posto", nos foi possível compreender como esse profissional está distante das atividades diretamente desenvolvidas com as pessoas com *diabetes mellitus*, centrando suas ações na organização e no controle da unidade. Nessa posição, o enfermeiro se apresenta como "ator coadjuvante" nas práticas de educação em saúde e no cuidado às pessoas com *diabetes mellitus*. No entanto, se na sua atuação estivesse mais próximo dessas pessoas criaria um momento propício para compreender o cotidiano de quem

¹³ Profissional de enfermagem com diploma universitário.

vivencia a condição crônica para, assim, desenvolver ações mais efetivas de cuidado e apoio que potencializassem o modo de viver dessas pessoas e suas famílias.

O enfermeiro ao apreender a experiência de adoecimento das pessoas com *diabetes mellitus* passaria a reconhecer o cotidiano como um campo de práticas concretas, repletas de sentidos e significados para suas vidas. A partir desse reconhecimento, esse profissional poderia desenvolver ações que contribuam para o enfrentamento positivo das limitações impostas pela doença e de encontrar as potencialidades para a reconstrução de sua vida sob outras normas. Neste sentido, compartilhar as experiências individuais com seus semelhantes nos grupos de convivência, junto com o enfermeiro pode gerar sentimentos de auto-estima e de confiança. Partindo dessa perspectiva,

[...] o grupo se revela (como) um espaço ideal para o diálogo, para o compartilhar de vivências e saberes, para buscar alternativas de enfrentamento a situações vividas no cotidiano. [...] Esta educação em saúde não é resultado de uma imposição profissional, mas fruto de uma busca coletiva construída por pessoas em grupo (MADUREIRA; WAIDMAN; RIBEIRO; STAMM, 2002, p. 841).

Embora a prática de educação em saúde se apresente como algo distante das ações diretas do enfermeiro, este, por sua vez, tem desenvolvido atividades de controle de frequência das pessoas com *diabetes mellitus* nas “reuniões” do grupo, conforme observamos no prontuário do Sr. Pedro.

O enfermeiro da unidade registra a participação ou não do Sr. Pedro na unidade. Não há, porém, o registro de outro tipo de prática sendo desenvolvida por esse profissional, como por exemplo, a consulta de enfermagem (Notas de Observação - 27/06/07).

Ao analisar a materialidade das práticas de enfermagem, evidenciamos que a consulta de enfermagem não tem sido uma prática comum, ocorrendo apenas em determinadas situações de emergência, conforme a observação realizada:

Caso chegue um usuário, em situação de emergência, com febre, dor e pressão alterada, e que já tenha mais de 12 fichas de demanda para a consulta médica, este é encaminhado para a triagem (pré-consulta) onde são verificados os sinais vitais. Após, o usuário é encaminhado para a consulta de enfermagem e, caso haja necessidade, será encaminhado para atendimento médico (Notas de Observação - 25/06/07).

Constatamos, assim, que as consultas de enfermagem são realizadas para atender a demanda que não foi absorvida no agendamento da consulta médica. Reforça-se a idéia de que o enfermeiro tem atuado como coadjuvante da prática médica, e não como autor e ator de sua própria prática como enfermeiro. E, mesmo quando a consulta de enfermagem é realizada pelo enfermeiro na unidade do PSF, ela se mostra muito aquém do preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, pois nela dever-se- abordar os

[...] fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário (BRASIL, 2006a, p. 47).

No entanto, mesmo que as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), norteiem, de forma padronizada, como devem ser as consultas de enfermagem para pessoas com *diabetes mellitus*, isto não impede que o enfermeiro proponha novos modos de atuar, de maneira a atender às necessidades dessas pessoas, considerando os contextos sócio-culturais nos quais estão inseridas.

Embora recebesse, na unidade do PSF, o cuidado de enfermagem para a sua “*feridinha no pé*”, o Sr. Pedro nos apontou os motivos pelos quais ele preferia fazer o curativo em sua própria casa. Segundo ele, o curativo era realizado pela “*enfermeira*”, porém, ele assim denomina o auxiliar e/ou o técnico de enfermagem, ou seja, aquele que realiza o procedimento. Ele assim relata o cuidado: “[...] *Eles olhavam meus pés, fazia curativo, né? Aí que depois eu ia para casa. [...] É toda vez que eu ia ela fazia*”.

O curativo de sua “feridinha” foi percebido pelo Sr. Pedro como um ato realizado de maneira constante e rotineira e que não cicatrizava. A evolução lenta e sem melhoras aparentes na lesão, e, ainda, o não estabelecimento de uma relação entre a doença e as altas taxas de glicemia que apresentava, o levaram à decisão de fazer o curativo em casa, conforme sua narrativa.

Eu pego o remédio lá e faço aqui em casa. [...] Aqui eu faço com mais cuidado aqui. [...] E todo o tempo fazia em casa porque eu, em casa, faço bem com cuidado. [...] Lá é difícil. Não é todo mundo que faz direito, não. Porque eles só fazem botar uma coisinha em cima e pronto. [...] É esse remedinho que eles botam por cima, né? Mas eles não olham o pé da gente direito. [...] Mas, aí, eu pedia para fazer em casa. [...] E lá eu faço com calma.

O Sr. Pedro, ao avaliar o cuidado de enfermagem prestado na unidade do PSF, enfatiza que não tinha a qualidade que desejava. E nessa avaliação, ressaltava aspectos considerados importantes na realização do curativo e que, na sua análise, não estavam acontecendo. Assim, ao empregar as expressões: “*não olham o pé da gente direito*”, “*só fazem botar uma coisinha em cima e pronto*”, “*nem todo mundo faz direito*”, nos permite apreender que ele buscava mais do que apenas a realização da técnica do curativo, mas uma atenção para com a sua pessoa e sua situação de saúde. Realizar o ‘curativo com cuidado’ parece ser o diferencial qualitativo entre a mera realização da técnica e a prestação de um cuidado. Assim, na ausência desse “cuidado” ele se sentia mais seguro realizando em casa o curativo, pois, aí sim, ele fazia ‘com mais cuidado o cuidado’.

Essa também foi uma das poucas expressões de autocuidado por ele demonstrada em suas narrativas, o que nos levou a considerar que, ao não ter a resposta de cuidado que desejava, preferia assumir essa responsabilidade, ou seja, sua competência só se manifestou ao interpretar que existia pouca competência da enfermagem na realização do seu curativo.

Para o Sr. Pedro, a realização do curativo, da maneira como estava sendo realizado na unidade do PSF, se constituía em um procedimento simples, mas que exigia o cuidado que ele não estava encontrando aí. Também a necessidade dos deslocamentos diários até a unidade do PSF somados à demora no atendimento tumultuavam o seu cotidiano. Diante da pouca resolutividade da prática de

enfermagem e da aparente simplicidade da execução do procedimento, na sua concepção, não haveria dificuldades por parte dele em realizar o curativo em sua própria residência, resultando em um arranjo importante no seu cotidiano.

A mesma situação de arranjo do cotidiano se deu com a aplicação da insulina, visto que, também esse procedimento exigia uma espera na unidade que ele não estava disposto a aceitar. A solução para o problema foi o Sr. Pedro aprender a se auto-aplicar a insulina:

Eu recebi lá no posto (a insulina). [...] Foi um rapaz, um Enfermeiro. É. É difícil aplicar porque eu não sabia. Aí depois ele me ensinou. Aí ele me ensinou e eu fiquei aplicando por minha conta.

Conclui-se que essa responsabilidade que ele assumiu teve o intuito ou intenção de evitar os grandes momentos de espera pelo atendimento, acrescida da não melhora das manifestações clínicas do *diabetes mellitus* em seu corpo. Podemos inferir que nas muitas idas e vindas às unidades de saúde, nos diferentes níveis de atenção, suas reais necessidades de saúde, entre elas a de informação sobre sua situação de saúde, não foram apreendidas, uma vez que tais necessidades estavam “travestidas” de aprender a aplicar a insulina e fazer o curativo na ferida. Resultante disso, o Sr. Pedro aprendeu a aplicar a insulina e a fazer o curativo ao seu modo, conforme sua narrativa.

É, meu curativo... Eu to passando uma pomadinha. É para ver se melhora um pouquinho. Graças a Deus eu estou melhor. Foi meu sobrinho que trouxe (essa pomada a que o Sr. Pedro se refere é Neo Nistatin 10.000 UI, creme vaginal). Só ela mesmo. Passando... Só lavando. Lavando com sabão o pé. Eu to lavando com sabão. Eu pego o remédio lá (no Posto de Saúde em Cuiabá) e faço aqui em casa. Aqui eu faço com mais cuidado aqui. Você está me entendendo? Faço duas vezes.

As narrativas nos apontaram que as práticas profissionais de atenção que não foram consideradas boas e resolutivas serviram de base para as escolhas que o Sr. Pedro realizou quanto ao seu auto-cuidado. Entretanto, esta situação não foi apreendida pelos profissionais de saúde, que poderiam ter sido mais

perspicazes se tivessem uma maior interação com o Sr. Pedro. Em seu estudo evidenciaram que

[...] o fenômeno de cuidar inclui presença, presença profissional, presteza e preocupação, o que evidencia que cuidar de pacientes portadores de patologias crônicas é, principalmente, estar junto, preocupar-se, envolver-se, disponibilizar o seu saber para favorecer sua instrumentalização para o cuidado, assim como o seu tempo de priorizar o atendimento de suas necessidades (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006, p.30).

Dentre as atividades preconizadas para o enfermeiro no cuidado a pessoas com *diabetes mellitus*, é imprescindível “[...] acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco; realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco” (BRASIL, 2006a, p. 47). Com base nessas recomendações e nas observações de práticas de atenção desenvolvidas pelos enfermeiros na realização do curativo, evidenciamos que a avaliação dos pés tem sido negligenciada na realização do curativo, pois não houve registro no prontuário das características e evolução da lesão, e nem a avaliação quanto à neuropatia e alterações arteriais, já presentes no Sr. Pedro.

Entendemos que a atividade de organização da unidade do PSF que o enfermeiro desenvolve requer tempo e é de sua competência. Porém, também é de sua competência, acompanhar e avaliar o cuidado que cada tipo de lesão exige, bem como realizar os devidos encaminhamentos. Durante a observação de um curativo realizado na unidade do PSF, percebemos que o auxiliar e/ou técnico de enfermagem realiza o procedimento de maneira padronizada, como se toda lesão fosse igual e necessitasse da mesma técnica e dos mesmos produtos no seu cuidado, conforme relato a seguir.

Elas (as funcionárias A e B) conversaram entre si sobre o procedimento e, ao mesmo tempo, olhando para perna, para a cadeira de rodas e para o box pequeno onde havia uma maca e o carro do material de curativo. [...] O rapaz abriu a sacola e retirou dois frascos de medicamentos. Elas leram os rótulos dos frascos, sendo que um era de Dersani e outro de papaína, todos em forma de produto manipulado. [...] Uma delas perguntou ao rapaz o

porquê de não ter ido à unidade de saúde do bairro em que mora. Ele disse que lá não faz curativo. A outra respondeu que esse tipo de curativo não é feito ali também e que ele deveria procurar o CREM ou o Hospital Regional para sua realização. Depois, uma olhou para outra e a funcionária A, que estava com a luva estéril, pediu para pegar o “tópico” que espumava. Passou a gaze várias vezes sobre a lesão e pediu para irrigar novamente com o soro. O soro escorria e caía em uma bacia. [...] Era uma ferida de 4 cm de diâmetro com tecido de granulação. A funcionária apertou o frasco de soro irrigando a ferida. Depois, elas ficaram se olhando novamente. E perguntaram onde estava o frasco da papaína e do Dersani. [...] Nesse momento, falamos que poderiam usar somente o Dersani apenas, pois já não havia mais tecido necrosado na lesão. Então, a funcionária com a luva estéril pegou mais gaze e pediu para a colega abrir o frasco de Dersani e virar na ferida. Orientamos que ela poderia pegar a gaze na mão e pedir para a colega colocar na gaze o medicamento e depois colocar na ferida. [...] O acompanhante disse que tem uma irmã que é enfermeira. A funcionária disse para o rapaz que a irmã dele é técnica de enfermagem e que nós éramos enfermeiras que estudaram e que fizeram faculdade. [...] O rapaz tinha ainda na outra perna uma ferida de 10 cm de diâmetro com tecido de granulação, vermelho brilhante. A funcionária pegou a gaze e começou a passar na ferida de cima para baixo. Mais uma vez orientamos que não precisava passar papaína e nem passar a gaze umedecida e que poderia só irrigar com o soro fisiológico. A outra funcionária irrigou a ferida com soro fisiológico apertando o frasco em cima da mesma. O soro escorria pela perna e caía no chão. Ela ia secar a ferida com gaze e orientamos que não precisava, pois, da forma que estava, ficaria melhor para colocar a gaze e o Dersani (Notas de Observação - 26/05/07).

Nessa observação percebemos o quanto as duas funcionárias, cuja função era de auxiliar e/ ou técnica de enfermagem, estavam inseguras ao realizar o curativo. Estávamos numa sala pequena, onde é feita a inalação, verificação de sinais vitais, entre outros procedimentos. Além do desconforto por estarem sendo observadas, percebemos que as funcionárias também se assustaram com a extensão da ferida da qual cuidavam, sendo que este tipo de lesão necessitava da avaliação e prescrição de conduta pelo enfermeiro. Diante dessa situação, sentimo-nos na obrigação de orientar as funcionárias na realização do procedimento, principalmente para que o processo de granulação da lesão não fosse afetado, retardando sua cicatrização.

Procedimentos como esse observado e outras ações desenvolvidas pelos auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem, deveriam ser acompanhados pelo

enfermeiro. Não só para avaliar a pessoa doente, mas também, avaliar as ações realizadas por sua equipe. E, na medida em que diagnostica tais necessidades, é sua função “[...] capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades” (BRASIL, 2006a, p. 47).

Embora haja uma normatização no cuidado à pessoa com *diabetes mellitus* na Atenção Básica e que traga, como atividade inerente a esse nível de atenção, a realização dos cuidados específicos para o pé em risco, a fala das funcionárias registradas nas notas de observação mostra que essa não é uma prática cotidiana na unidade. Ao afirmarem que “*esse tipo de curativo não é feito ali também e que ele (o usuário) deveria procurar o CREM ou o Hospital Regional (de Sorriso) para sua realização*”, as funcionárias deixam claro que é na atenção secundária e terciária que deveriam ser realizados tais curativos, quando estes poderiam ser desenvolvidos na Atenção Básica pela necessidade de acompanhamento da evolução da lesão e do cuidado efetuado junto à pessoa com *diabetes mellitus*.

Analisando ainda essa observação, pudemos compreender os motivos pelo quais o Sr. Pedro preferiu fazer o curativo em casa ao invés de realizá-lo, diariamente, na unidade do PSF. Além de não ver resultados na cicatrização da ferida, ele não se sentiu confiante para aí realizar o curativo. Situações como essa vivenciada pelo Sr. Pedro apontam para a falta de diálogo, de escuta, de acolhimento e de segurança (AYRES, 2004; COSTA, 2004; MADUREIRA; WAIDMAN; RIBEIRO; STAMM, 2002), indo contra as propostas de cuidado integral às pessoas com *diabetes mellitus* (BRASIL, 2006a).

Para que haja acolhimento e vínculo nos serviços públicos de saúde para as pessoas com *diabetes mellitus* é preciso que as práticas de enfermagem, assim como as demais realizadas por outros profissionais da unidade do PSF, necessitam ir além das atividades e das propostas apresentadas nos documentos normativos. Esses discursos, embora falem de integralidade e de resolutividade no cuidado, ainda não foram incorporados pelos profissionais em suas práticas cotidianas.

Por sua vez, as pessoas com *diabetes mellitus* buscam a integralidade no cuidado em saúde, tendo por parâmetro a resolutividade para os seus problemas de saúde. E, quando as práticas desenvolvidas pelos profissionais não se

mostram resolutivas na sua percepção, elas empreendem novas buscas por cuidado por não se sentirem seguras, ou por não encontrarem o necessário sentido para tais práticas. No caso do Sr. Pedro, a não resolutividade das práticas profissionais de atenção o levou a desistir do tratamento dispensado na unidade de PSF, com piora da lesão e conseqüente necrose, que resultou na amputação do hálux direito, conforme apresentação a seguir.

Passando aquelas pomadinhas do posto, né? Aí o doutor passava uns remedinhos e passava. Foi indo, foi indo até que desisti. Foi o tempo que eu me internei lá. [...] Aí, depois eu voltei para lá de novo. (referindo-se a Sorriso) E aí sarou. Voltou para outro pé. Que esse pé agora não melhorou. Tirou o dedo. Foi cortado o dedo aqui. Operação.

O Sr. Pedro, atualmente, esconde o seu pé para que as pessoas não vejam a mutilação por ele sofrida e, também, para que não vejam que o segundo pododáctilo está apresentando as mesmas características de processo necrótico do pododáctilo retirado. Talvez ele se sinta culpado ou envergonhado por estar havendo repetição do processo anterior que já vivenciou. Situações como essa apresentada apontam para a tendência dos serviços de saúde em culpabilizar a pessoa pela não adesão ao tratamento e pelas outras conseqüências deste (OMS, 2003).

Enquanto as práticas profissionais de atenção continuarem sendo ofertadas de maneira normatizada e centrada nas mudanças que a pessoa com *diabetes mellitus* deverá realizar e o enfermeiro tem a incumbência, de acordo Brasil (2006a, p. 48) de “perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso)”. Porém, esse tipo de abordagem preconizada pela Política de Saúde para atuação do enfermeiro, apresenta poucas possibilidades da realização de práticas cuidativas embasadas na apreensão das necessidades de saúde da pessoa com *diabetes mellitus*. Há que se sair desse círculo vicioso de práticas reducionistas e ainda pouco resolutivas, centradas no monitoramento do *diabetes mellitus*, através do controle da vida das pessoas com esse agravo, em nome da boa saúde.

Embora a enfermagem discuta sobre a necessidade do cuidado integral em saúde como uma maneira idealmente pensada para suas práticas, ao

analisar o prontuário do Sr. Pedro evidenciamos que as atividades desenvolvidas pelos auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem relacionadas ao *diabetes mellitus* têm se limitado à pré-consulta de enfermagem (“*triagem*”), ao registro de dados numéricos, que não fazem sentido para as pessoas com *diabetes mellitus*.

A enfermagem registra dados referentes a valores da pressão arterial e o peso. Dados referentes à cintura abdominal passaram a ser registrados a partir de 2004, quando foi implantado o Sistema HiperDia na unidade, período em que foi preenchida a ficha cadastral do sistema (Notas de Observação - 25/08/07).

Perpetuam na atenção à saúde as práticas de controle do corpo e de suas manifestações em detrimento das atividades que busquem conhecer o outro e, assim, poder compartilhar com ele as decisões a serem tomadas sobre possíveis maneiras de conduzir sua vida para promover melhorias na saúde. Também as práticas de enfermagem observadas mostram o distanciamento entre o enfermeiro e o Sr Pedro, sendo que o cuidado é realizado, principalmente, através das ações dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Com base nisso, questionamos: não seria o enfermeiro o profissional com competência para assistir as pessoas com *diabetes mellitus* na Atenção Básica, de modo a reduzir e/ou amenizar as complicações decorrente do agravo?

Ao centralizar suas ações na organização da unidade de PSF, desenvolvendo o que poderíamos chamar de prática de gestão, o enfermeiro poderá estar perdendo a dimensão do cuidado integral, essa relação mais próxima com as pessoas com *diabetes mellitus* e suas famílias, fortalecendo as relações de vínculo e de acolhimento (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006). Como parte desse cuidado faz-se necessário compreender os sofrimentos e os enfrentamentos vivenciados no cotidiano por essas pessoas na sua busca por atenção à saúde, bem como suas fragilidades e limitações. Enfim, “a valorização da essência do ser humano deve conduzir o pensamento e as ações do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e de construir uma realidade mais humana” (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006, p. 48), tendo a integralidade como um princípio norteador de mudanças de práticas no cotidiano dos serviços de saúde (MATTOS, 2004; MATTOS, 2006).

O cuidado de enfermagem é constituído por uma diversidade de pequenos procedimentos cotidianos na unidade do PSF, tais como verificar peso, aferir pressão arterial, aplicar injeção, dispensar medicamentos, fazer curativos, dentre outros, aparentemente considerados muito simples na sua execução e, ao mesmo tempo, muito complexos nas suas fundamentações, é pouco explorado em suas possibilidades de resolutividade às demandas pontuais ou não que as pessoas com *diabetes mellitus* trazem. E, ainda que pequeno e pontual, o cuidado requer sempre o *conhecimento* do outro ser e o cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de forma adequada (WALDOW, 1999).

No ato de sua execução e, também, no encontro que estabelecem “em ato”, estes pequenos procedimentos preenchem o dia de trabalho nas unidades de saúde e é pouquíssimo potencializado como práticas cuidativas, bem como em sua capacidade de possibilitar acolhimento e estabelecer o vínculo. É preciso salientar também que a condição crônica do *diabetes mellitus* exige cuidado contínuo e prolongado permeado desses pequenos e rotineiros procedimentos que, se não executado e/ ou realizados de maneira inadequada, podem produzir sofrimento e desgaste na pessoa que a vivencia.

6.6 Práticas do agente comunitário de saúde

A prática do agente comunitário de saúde não estava prevista para ser contemplada neste estudo, porém, esta se revelou como importante para o cuidado recebido pelo Sr. Pedro, tornando-se, assim, nosso foco de estudo.

Ao descrever as ações da agente comunitária de saúde de sua microárea, o Sr. Pedro nos disse que essa pessoa estava sempre presente em sua casa, realizando teste de glicemia capilar e avisando sobre a data e a hora das “*reuniões*” e da consulta médica, conforme a narrativa abaixo.

Ela examinava o povo. Chama o povo para ir para lá mandado pelo médico. [...] o aparelho é eles que levam e vai e fazem no

dedo da gente lá. O teste do diabetes. Eles estão fazendo agora. A moça lá, Joaquina e mais o outro enfermeiro lá. E eles vão fazer em casa. [...] é a Joaquina que vai avisa todo o mês. [...]. Todo dia quase ela tá passando. [...] que a Joaquina que avisa nós lá. Para nós irmos para a reunião. Ir para lá.

As atividades descritas fazem parte do cotidiano da agente comunitária de saúde, conforme as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), realizando ações de controle e monitoramento do *diabetes mellitus* junto à pessoa e família. Porém, pudemos observar que os efeitos dessa prática exercem certo conformismo no Sr. Pedro, pois a agente comunitária de saúde foi capacitada para identificar as alterações no seu corpo, ou seja, os sinais e sintomas do *diabetes mellitus*. Caso seja identificada alguma alteração, esta irá encaminhá-lo para a consulta extra na unidade do PSF de sua referência. Dessa forma, mesmo sentindo que o seu corpo não está bem, o Sr. Pedro aguardava a visita da agente comunitária de saúde, tanto para fazer o exame de glicemia capilar quanto para avisar a data da consulta médica. Além disso, outra ação sua considerada como importante está relacionada ao incentivo para que essas pessoas mudem seu estilo de vida.

Mas, o que nos chamou a atenção foi a relação de confiança e de identificação que o Sr. Pedro estabelece com a agente comunitária de saúde. Afinal, ela reside no mesmo bairro e, apesar das inúmeras capacitações que recebe para identificar as pessoas em risco na população de sua microárea, ela apresenta as mesmas características culturais e sociais dos demais habitantes dessa região, ou seja, é uma pessoa que conhece a realidade e as dificuldades que eles vivenciam no seu cotidiano. E, como aponta Maffesoli (1999), o lugar torna-se laço, sendo que lugar aqui é tomado no sentido de “espaço vivido” com o outro, de perto.

Essa agente comunitária de saúde pode ser considerada uma pessoa de referência e de apoio para o Sr. Pedro, sendo, também o seu vínculo mais forte com a unidade do PSF.

Quando eu não tava bom eu mandava chamar a mulher lá pra aplicar em mim (a insulina), me olhar. Olhar minha pressão, ver o dedo, furar meus dedos. Mandava chamar a Joaquina. A Joaquina chegava e furava meu dedo, olhava a minha pressão, aí eu tomava o remédio. Aí eu ficava bom. Aí pronto, ficava tranqüilo.

A Joaquina, como ele a chama, não é apenas considerada pelo Sr. Pedro como rede de apoio formal, visto haver sua vinculação com a unidade do PSF, mas vai muito além disso, pois promove uma sensação de confiança e oferece uma certa resolutividade para seus problemas de saúde. Os mesmos sentimentos em relação a essa agente comunitária de saúde são experimentados pelo Sr. Miguel, o seu primo, conforme pudemos observar.

O Sr Miguel nos disse que ‘ela’ (a agente comunitária de saúde Joaquina) está sempre em sua casa, pois passa quase todos os dias, mas que não tem passado nos últimos dias. Dissemos a ele que a havíamos encontrado a Dona Joaquina na segunda-feira antes de vir à sua casa e ela não estava bem. Falamos, ainda, que ela iria ao médico naquele dia e que, por isso, não veio junto conosco na segunda-feira, mas pediu para a Dona Maria vir junto conosco e nos ensinar como chegar até a casa do Sr. Pedro. O Sr. Miguel nos disse que a Dona Maria passa nas casas das pessoas que moram em frente a sua, que já pertence à outra microárea (Notas de Observação - 27/06/07).

Essa proximidade que a agente comunitária de saúde estabelece tanto com o Sr. Pedro quanto com o Sr. Miguel nos remete à discussão empreendida por Silva, Stelet, Pinheiro e Guizardi (2004) acerca do papel de elo ou de laço que o agente comunitário de saúde desempenha entre a comunidade e o serviço de saúde. Esses autores apontam que, “residindo na comunidade em que trabalha, o agente comunitário de saúde supostamente a compreende de ‘dentro’, o que facilita a construção de vínculos interpessoais e estabelece formas de comunicação” (SILVA; STELET; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 80). Por ter essa convivência estreita em um “*território comum*” nos parece que o “laço” seja a figura que melhor explicita o tipo de relação estabelecida entre o Sr. Pedro, Sr. Miguel e a agente comunitária de saúde. Porém, nos parece que esse “laço” que os une não se estende aos demais profissionais de saúde da unidade do PSF, cuja relação se faz mais esporádica e superficial.

Com essa boa interação estabelecida e, embora residam distante da unidade do PSF do bairro, tanto o Sr. Pedro como o Sr. Miguel disseram se sentir privilegiados por ter duas agentes comunitárias de saúde passando quase todos os

dias em suas casas, pois eles residem na confluência de duas microáreas, sendo que Dona Joaquina é responsável por uma e Dona Maria pela outra. No entanto, apesar dessa frequência diária de visitas e cuidados, ao observar o prontuário do Sr. Pedro, evidenciamos que não houve nenhum registro da agente comunitária de saúde acerca das visitas que realiza, a não ser prováveis anotações na capa do prontuário onde são registrados, a lápis, os dados das pessoas que residem no endereço.

Diante disso, indagamos quanto à valorização das práticas do agente comunitário de saúde pela equipe multiprofissional de saúde que atua nessa unidade. O que pode ser considerado importante para que seja documentado como atividade desenvolvida por ele? E se existe, ainda, a verticalização das atividades, de que maneira o agente comunitário de saúde é incorporado nas relações de trabalho com os demais membros da equipe? Cabe aqui a consideração e que

[...] talvez seja preciso questionar se a formação desses profissionais os auxilia a transitar pelos dois territórios de legitimação tão distinta, ao permitir que eles, através de suas práticas no cotidiano, estejam em contínuo aprendizado e em constante superação do seu próprio saber (SILVA; STELET; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 87).

E, após apresentar algumas das práticas profissionais de atenção e de gestão desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tanto aquelas narradas pelo Sr. Pedro quanto as que foram observadas por nós, é possível evidenciar a ocorrência de um distanciamento entre profissionais de saúde e as pessoas atendidas como sujeitos que deveriam participar da construção dos espaços de cuidado nas unidades de saúde. Essas práticas reforçam, ainda, o privilegiamento da doença e a negação da pessoa que permanece apesar e para além da doença, mesmo que esta seja uma presença constante em sua vida como é o caso da condição crônica do *diabetes mellitus*.

Diferentemente dessa posição ainda presente nos profissionais de saúde, as pessoas com problemas de saúde procuram não por atendimento nos serviços de saúde, mas “*procuram cuidado no atendimento*”, conforme afirmam Silva, Stelet, Pinheiro e Guizardi (2005, p. 75). E, se a integralidade da atenção surge como princípio norteador de práticas de saúde que atendam outras dimensões do

cuidado para além do técnico, é preciso considerá-la, como nos afiança Cecílio (2006) no espaço singular de cada serviço de saúde e como fruto do esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades, sempre complexas, das pessoas em seus processos de adoecimento. Mas, é essencial que essas necessidades sejam captadas em sua expressão individual, sendo que o resultado de práticas com base na “*integralidade focalizada*” (CECÍLIO, 2006) há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo.

Entretanto, ao procurar compreender a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, evidenciamos que o modo como está sendo ofertado o acesso aos serviços de saúde, desde a Atenção Básica até o nível terciário, da mesma forma que as necessidades de saúde são aí apreendidas, acabam por impingir numerosas trajetórias de busca por aquilo que entendem como resolutividade para os seus problemas de saúde. Isso aponta para o fato de que as pessoas não são passivas, como os profissionais de saúde acreditam, mas, pelo contrário, empreendem enormes esforços nessa busca, fazendo escolhas sempre dentro dos limites possíveis de sua condição de vida e saúde, assim como de sua compreensão acerca de sua doença.

Como diferentes são as formas de viver, experienciar a doença e dar sentido a essa experiência, também são diferentes as possibilidades de buscar soluções para os problemas de saúde que se apresentam. Um pouco dessa lógica, bem como, o modo como os serviços de saúde e os profissionais que neles atuam respondem, ou não, a esses problemas é o que o desenho do Itinerário Terapêutico nos permite apreender.

7. O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO POSSIBILITANDO A COMPREENSÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE NA CONDIÇÃO CRÔNICA DO *DIABETES MELLITUS*

Este capítulo pretende discutir acerca do atendimento aos princípios da integralidade e da resolutividade no cuidado às pessoas com *diabetes mellitus*, tendo por base o que foi apresentado nos dois capítulos precedentes, ou seja, a vivência do Sr. Pedro com essa condição crônica e as implicações da organização dos serviços de saúde na busca por cuidado por ele empreendida.

Partimos do pressuposto de que a integralidade possui um sentido polissêmico e polifônico (PINHEIRO, 2005; MATTOS, 2004), um conceito inacabado e, assim, em construção que, segundo Mattos (2006, p. 41), “parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las”.

A partir dessa primeira definição quanto à configuração da idéia do que seja integralidade, percebemos o quanto o discurso oficial sobre o cuidado integral ainda se propaga na perspectiva de promover práticas de controle e de monitoramento do *diabetes mellitus* e nas mudanças no estilo de vida, preconizadas como metas a serem atingidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Em nosso estudo, ao focarmos as práticas profissionais de atenção e de gestão destinadas ao *diabetes mellitus* nas unidades de saúde localizadas no município de Sorriso, pudemos apreender o modo como estas práticas estão sendo ofertadas às pessoas em condição crônica por esse agravo, bem como os inúmeros efeitos que apresentam em suas vidas. Particularmente, destacamos a busca por cuidado e a resolutividade para seus problemas de saúde empreendida pelo Sr. Pedro, bem como as respostas por ele obtidas junto aos serviços de saúde em seu município e em Cuiabá.

Nessa busca por cuidado, o Sr. Pedro empreendeu uma trajetória própria e única. A partir da compreensão dessa trajetória, apreendida no bojo de sua

história de vida e saúde, foi possível desenhar o seu Itinerário Terapêutico, que se apresenta a nós como “guia de percurso e produção de sentidos” (BELLATO; ARAÚJO, 2006, p. 5). O Itinerário Terapêutico

[...] comporta os percursos empreendidos por usuários e famílias na busca por resolver suas necessidades de saúde e, nesta busca, o modo como traçam estes percursos segundo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença dentre outras, que possam lhes dar uma certa sustentabilidade na experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, segundo sua própria lógica, e acolhem estes usuários e famílias, atendendo, em certa medida e de certo modo, suas necessidades (BELLATO; ARAÚJO, 2006, p.5).

Ao compor o Itinerário Terapêutico do Sr. Pedro pudemos compreender, a partir da sua perspectiva, como estão sendo ofertadas as práticas profissionais de atenção e de gestão às pessoas com *diabetes mellitus* no município de Sorriso e nos demais serviços de saúde por ele buscados em nosso Estado, possibilitando também a apreensão da lógica que opera essa organização.

Analisando as narrativas do Sr. Pedro pudemos compreender que, a partir de sua experiência de adoecimento por *diabetes mellitus* e das necessidades daí demandadas, ele empreende buscas por cuidados que, entre outros elementos, mostram os deslocamentos (trajetórias) empreendidos e os sentidos que os direcionaram, conformando o desenho do Itinerário Terapêutico, como aponta a figura abaixo.

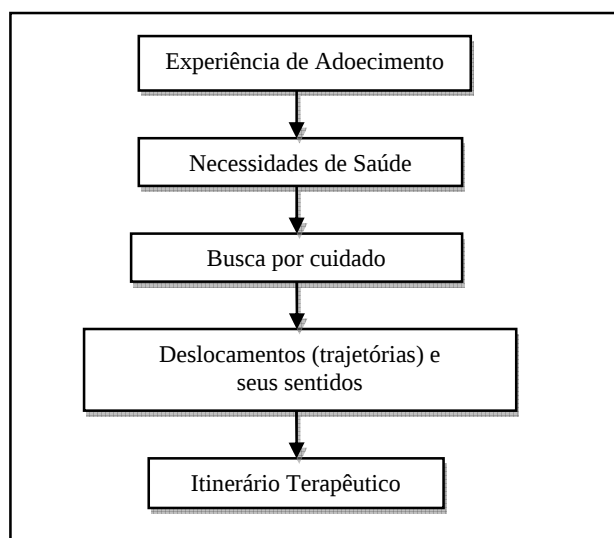


Figura 1 – Desenho esquemático da sequência para se chegar ao desenho do Itinerário Terapêutico

Conforme explicitado pela Figura 1, entendemos que cada necessidade de saúde desencadeia a busca por cuidado e, se esta não for atendida, nova busca é empreendida, resultando em trajetórias percorridas, em serviços de saúde ou não, para obter resolução ao conjunto de suas necessidades de saúde ao longo de sua experiência de adoecimento. Esses “*movimentos invisíveis*” (ACIOLI, 2006, p. 157), de busca, raramente são apreendidos pelos profissionais e serviços de saúde, visto que os atendimentos recebidos por estes são geralmente pontuais.

Compreendemos, também, que as necessidades de saúde apresentadas pelo Sr. Pedro não têm sido apreendidas de maneira resolutiva, pois os profissionais de saúde ainda se restringem a “protocolar” as necessidades em um plano coletivo, como se todas as pessoas com *diabetes mellitus* trouxessem, na sua experiência de adoecimento, as mesmas necessidades e, portanto, empreendessem as mesmas buscas por cuidados. Cecílio (2006) reforça essa compreensão ao apontar que as necessidades de saúde não são as mesmas, porém, são apreendidas e trabalhadas por cada pessoa de forma muito individual e particular, daí a importância de estabelecer os vínculos, estimulando e fortalecendo da autonomia dessas pessoas, na garantia do acesso a todos os níveis de complexidade de atenção à saúde, em prol de uma vida digna.

O desenho desses “*movimentos invisíveis*” de busca por cuidados, que ajudam na composição do Itinerário Terapêutico, nos possibilitaram problematizar o que seja integralidade no cuidado à pessoa em condição crônica por *diabetes mellitus*. Permitiu-nos, ainda, apreender como os serviços de saúde do município de Sorriso, e outros buscados pelo Sr. Pedro, atendem ou não aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde.

Ao construir o Itinerário Terapêutico, a partir do desenho de suas trajetórias de busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, percebemos que, nessa busca por solução para suas necessidades de saúde não apenas serviços de saúde são acessados, mas são tecidas redes de apoio, formal e informal, à medida que os serviços de saúde ofereçam ou não respostas a elas. Portanto, diferentemente do que possamos considerar esse processo não é aleatório, mas envolve, também, escolhas e avaliação do resultado obtido (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004).

A partir da leitura exhaustiva das narrativas do Sr. Pedro que nos possibilitou a compreensão da sua experiência de adoecimento, fomos mapeando as unidades de saúde e as redes de apoio que buscou, identificando os sentidos produzidos nessa busca, o que resultou no desenho da sua trajetória em duas dimensões: espacial e temporal. E, à medida que íamos compondo esse desenho, tornava-se mais claro que as buscas que o Sr. Pedro empreendeu estavam diretamente relacionadas aos efeitos das práticas profissionais de atenção e de gestão no atendimento dos seus problemas de saúde. Com o exemplo dessa idéia, trazemos a narrativa abaixo:

Nunca, tipo, passava essa doença. E aí, eu já tava começando a ficar desesperado porque nunca chegava ao ponto de tirar a doença [...]. Eu vim por minha conta nesse tempo [...]. É foi o tempo que saí de lá. E saí embora. Aí foi o tempo que eu fui fazer.

A sua busca por cuidados durante toda a sua experiência de adoecimento foi baseada em aceitar ou não aquilo que as práticas profissionais de atenção, em cada momento, lhe ofereciam de resolutividade para seus problemas de saúde. Ao interpretar que as práticas, até aquele momento, não estavam sendo resolutivas, ou, nas suas palavras, “*não resolveu nada*”, mesmo após inúmeras idas e vindas entre a unidade do PSF, o CREM e o HRS, ele, por iniciativa própria, decidiu

vir para Cuiabá e, permanecendo na casa do irmão, empreendeu busca por cuidado nos serviços de saúde desta cidade.

O movimento aqui exemplificado, assim como todos os demais por ele empreendidos ao longo de sua experiência de adoecimento será apresentado no desenho da trajetória espacial a seguir (Figura 2), de modo a mostrar a complexidade dessa busca.

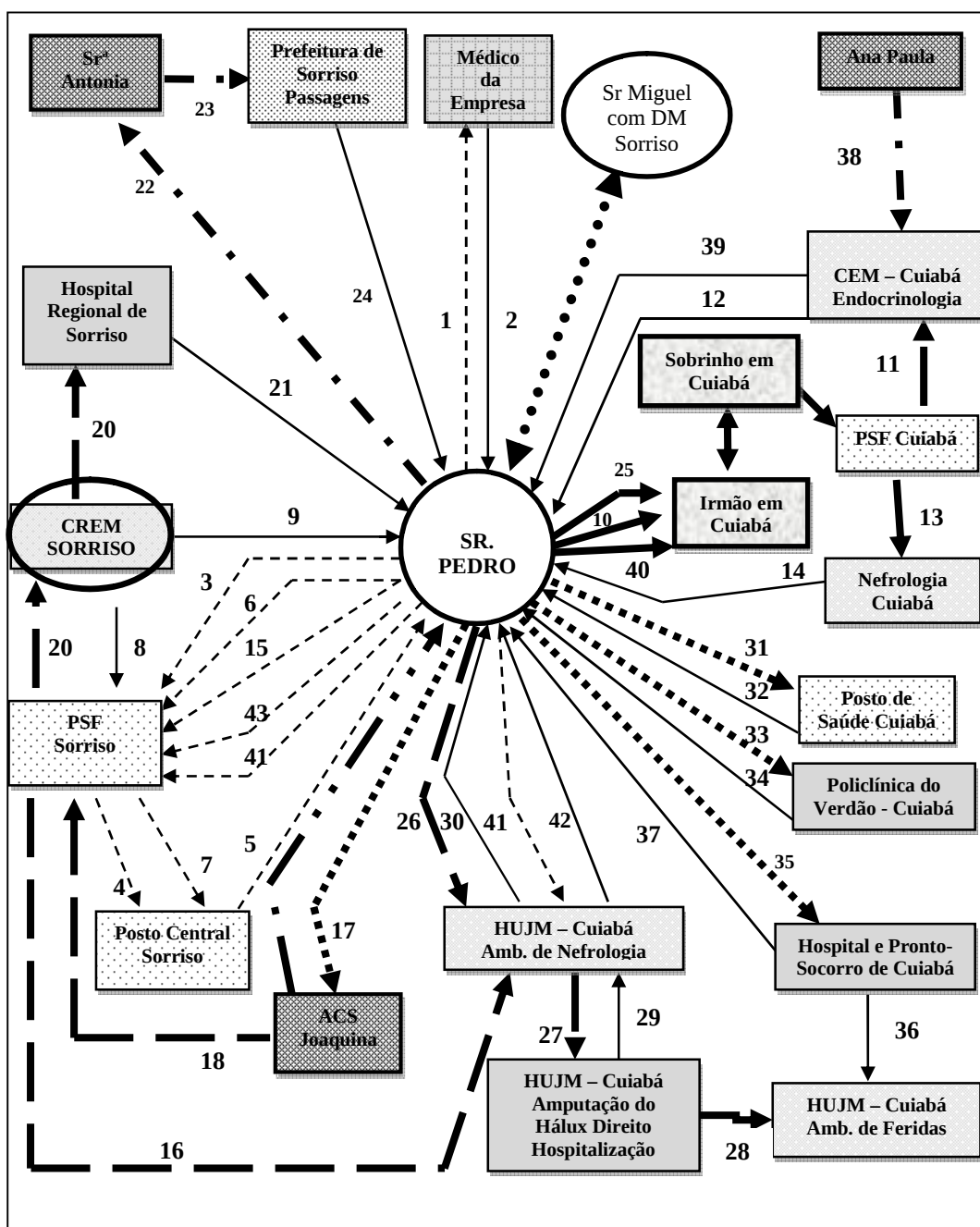
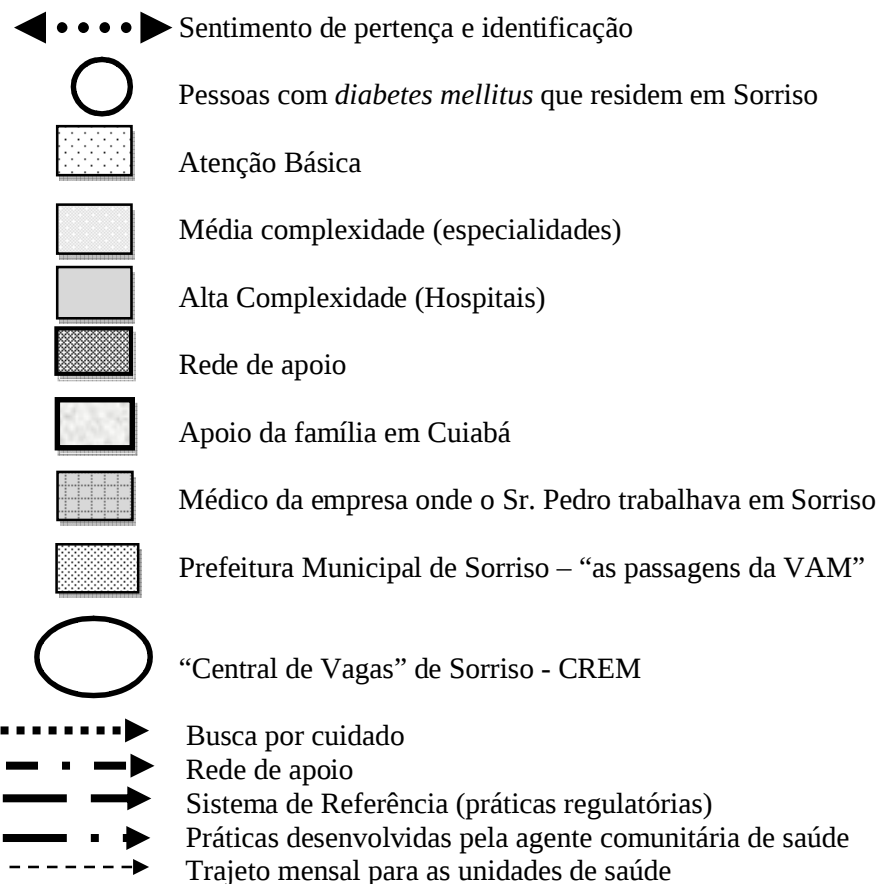


Figura 2 – Desenho espacial da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro.¹⁴

¹⁴ Desenho espacial da trajetória elaborado com base em SOUZA, Adriana Figueiredo; MESQUITA, Ewerton Trovisco. **Assistência à saúde dispensada a uma criança desnutrida e sua família pelo SUS.** Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2007. (Orientadora: Prof^a Dr^a Solange Pires Salomé de Souza).

Legendas:



No desenho espacial da trajetória (Figura 2), evidencia-se a centralidade que o Sr. Pedro ocupa, tanto na iniciativa de busca por serviços e profissionais, quanto no retorno à sua casa após a maioria dos atendimentos feitos nesses serviços, o que nos faz questionar, entre outros aspectos, a existência e eficiência do Sistema de Referência e a Contra-Referência na organização da rede de serviços de saúde no município de Sorriso e no Estado de Mato Grosso para atender as pessoas com *diabetes mellitus*.

A construção de Itinerários Terapêuticos visibiliza, segundo Bellato, Araújo e Oliveira (2007a, p. 9), a “[...] forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida destas pessoas, respondendo ou não aos princípios da Integralidade e da Resolutividade da atenção”.

Mas, ao construir o desenho da trajetória temporal do Itinerário Terapêutico empreendido pelo Sr. Pedro, este nos apontou elementos importantes

para compreendermos sua busca por cuidado como a Acessibilidade (temporalidade), Resolutividade e Integralidade na atenção à saúde as pessoas com *diabetes mellitus* que demandam cuidado contínuo e prolongado, conforme a Figura 3 a seguir.

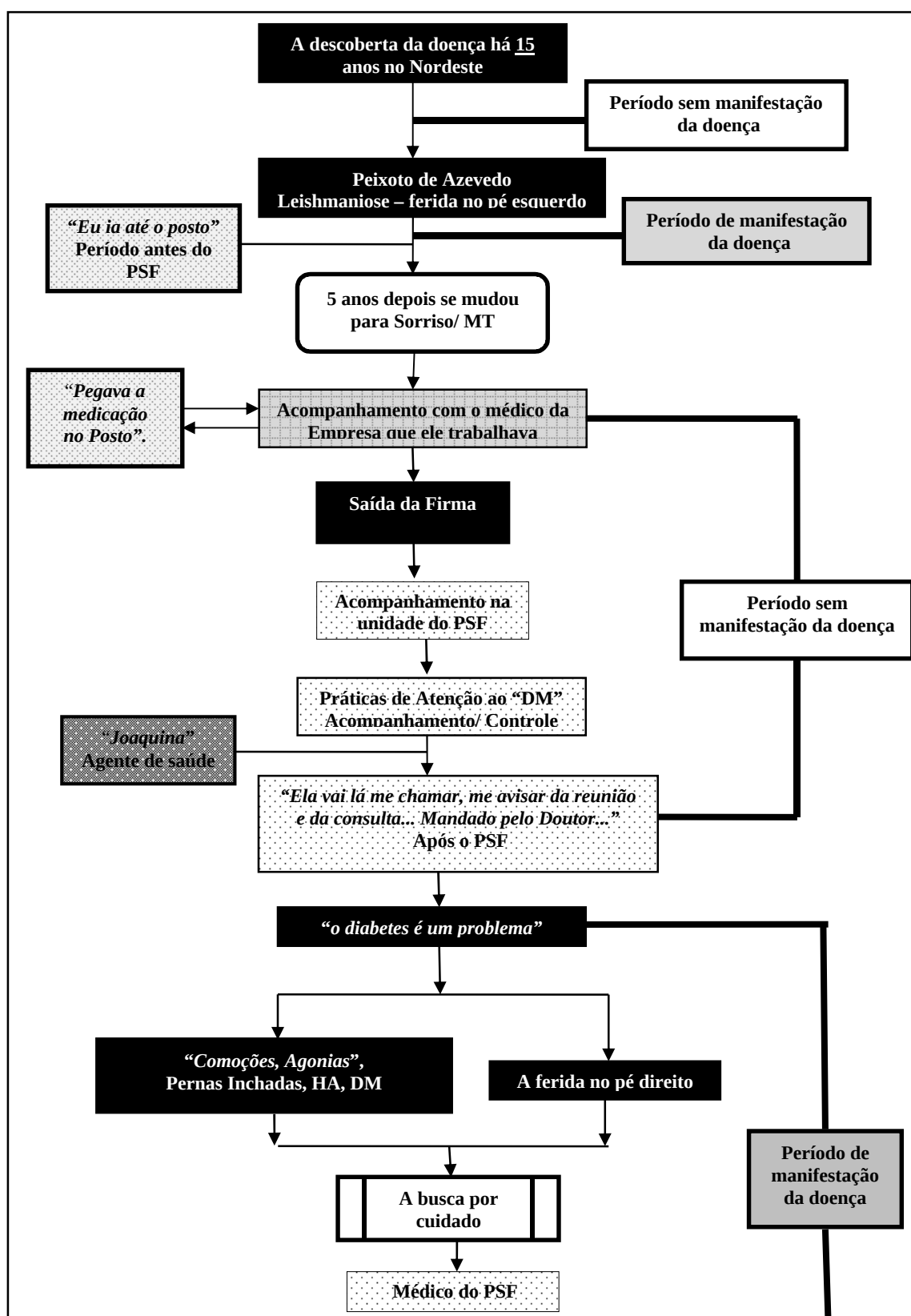


Figura 3.1 – Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro.¹⁵

¹⁵ Desenho interpretativo da experiência de adoecimento e busca por cuidado

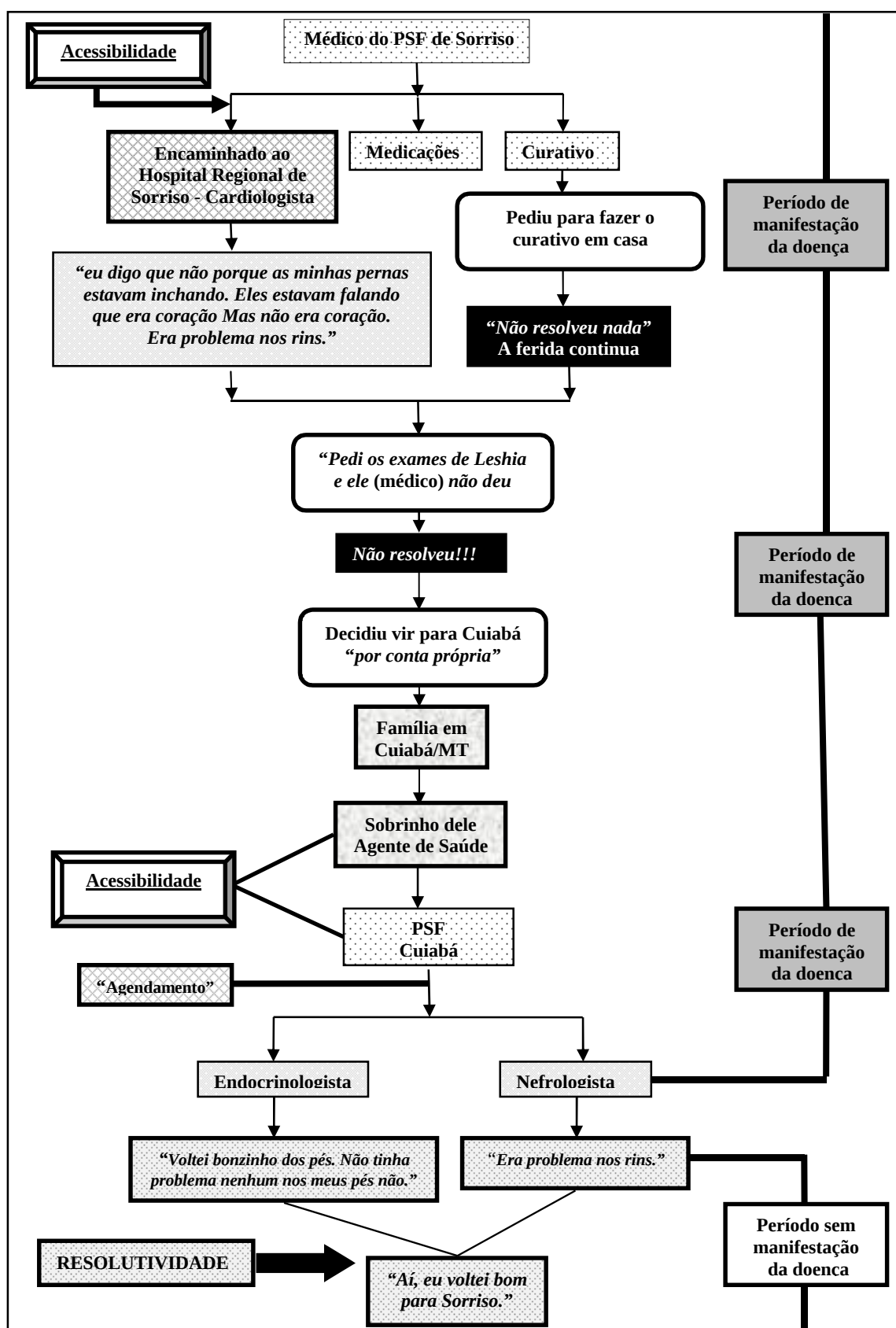


Figura 3.2 - Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro (continuação)

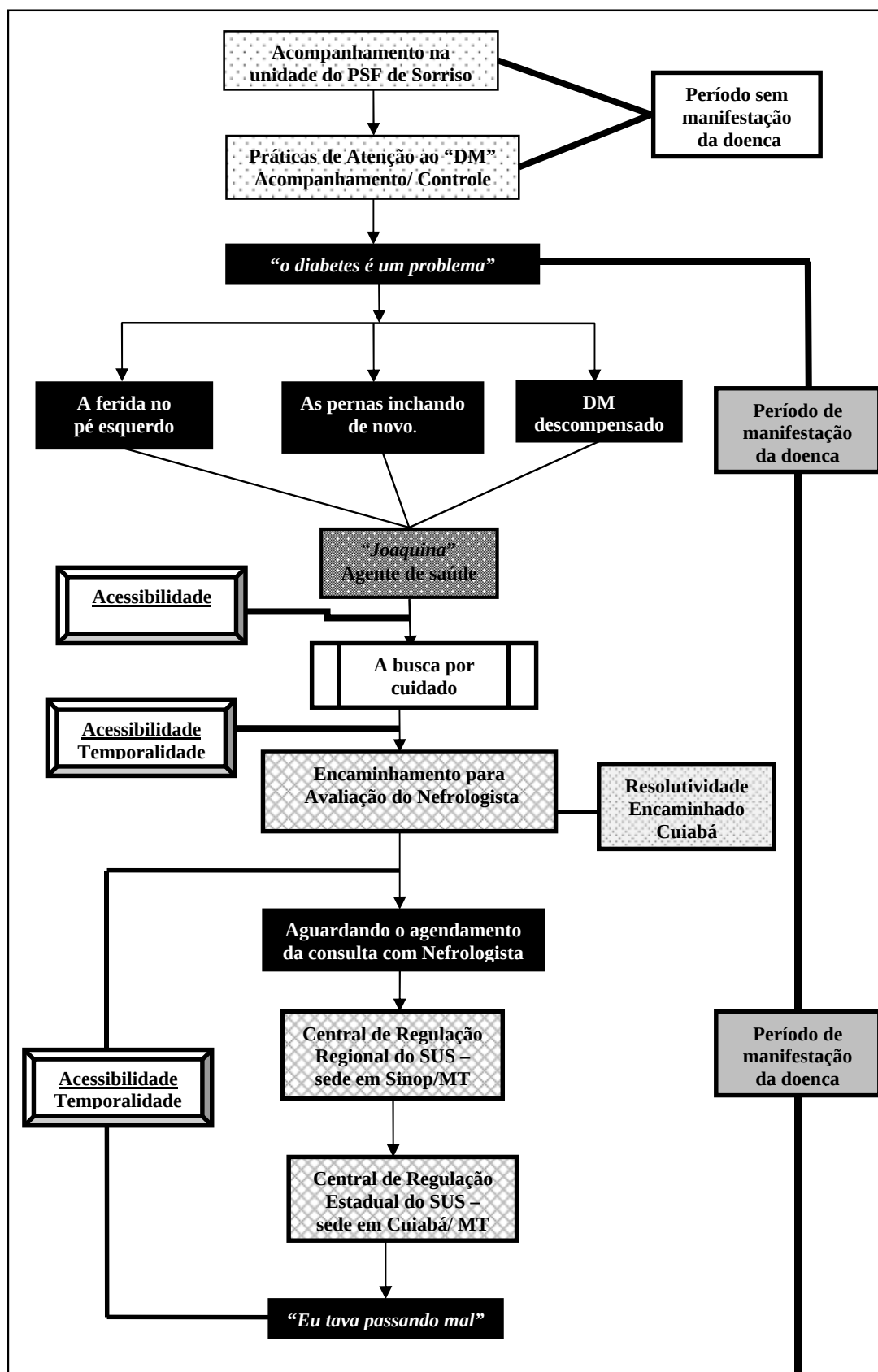


Figura 3.3 - Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro (continuação)

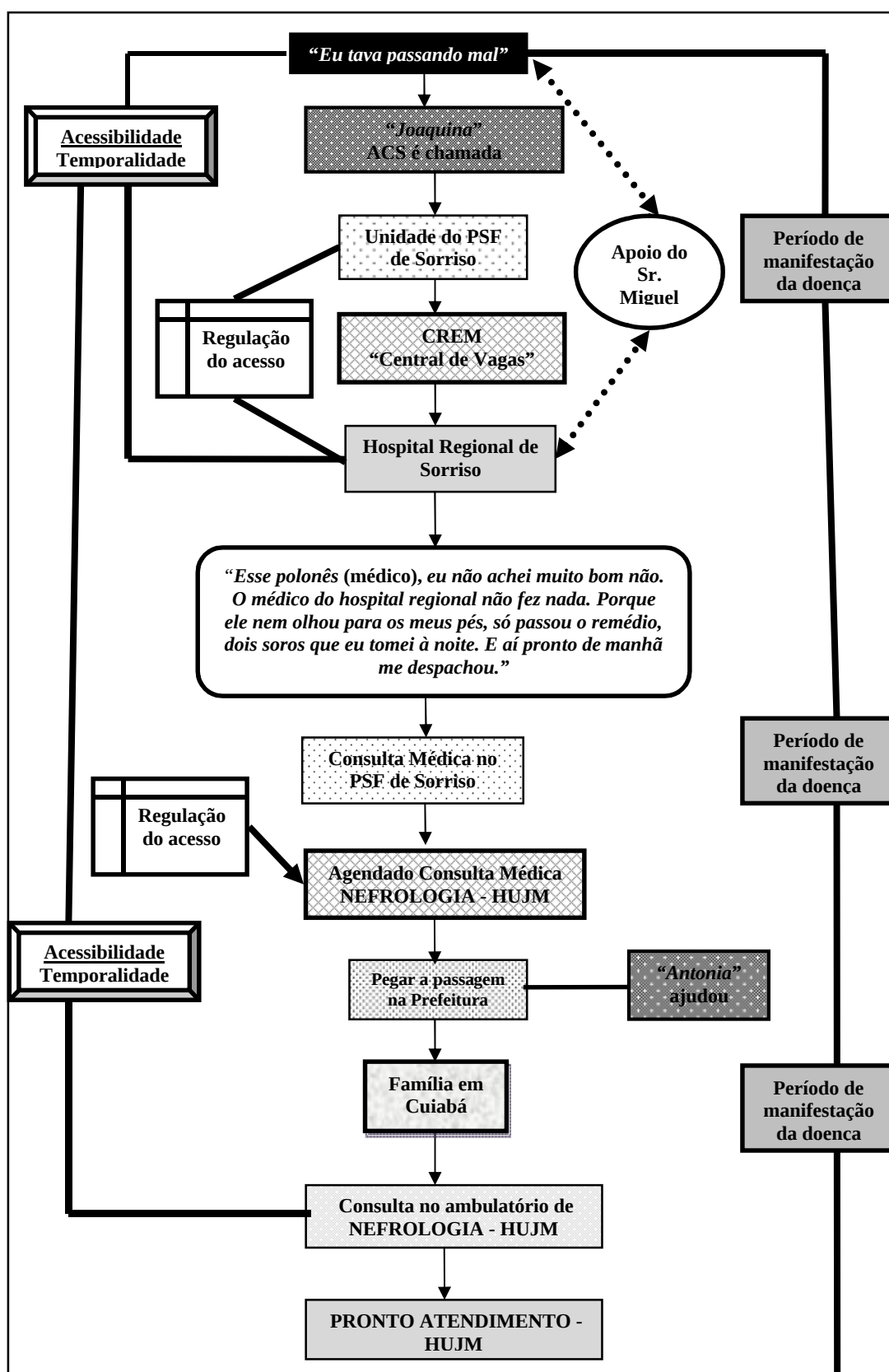


Figura 3.4 - Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro (continuação)

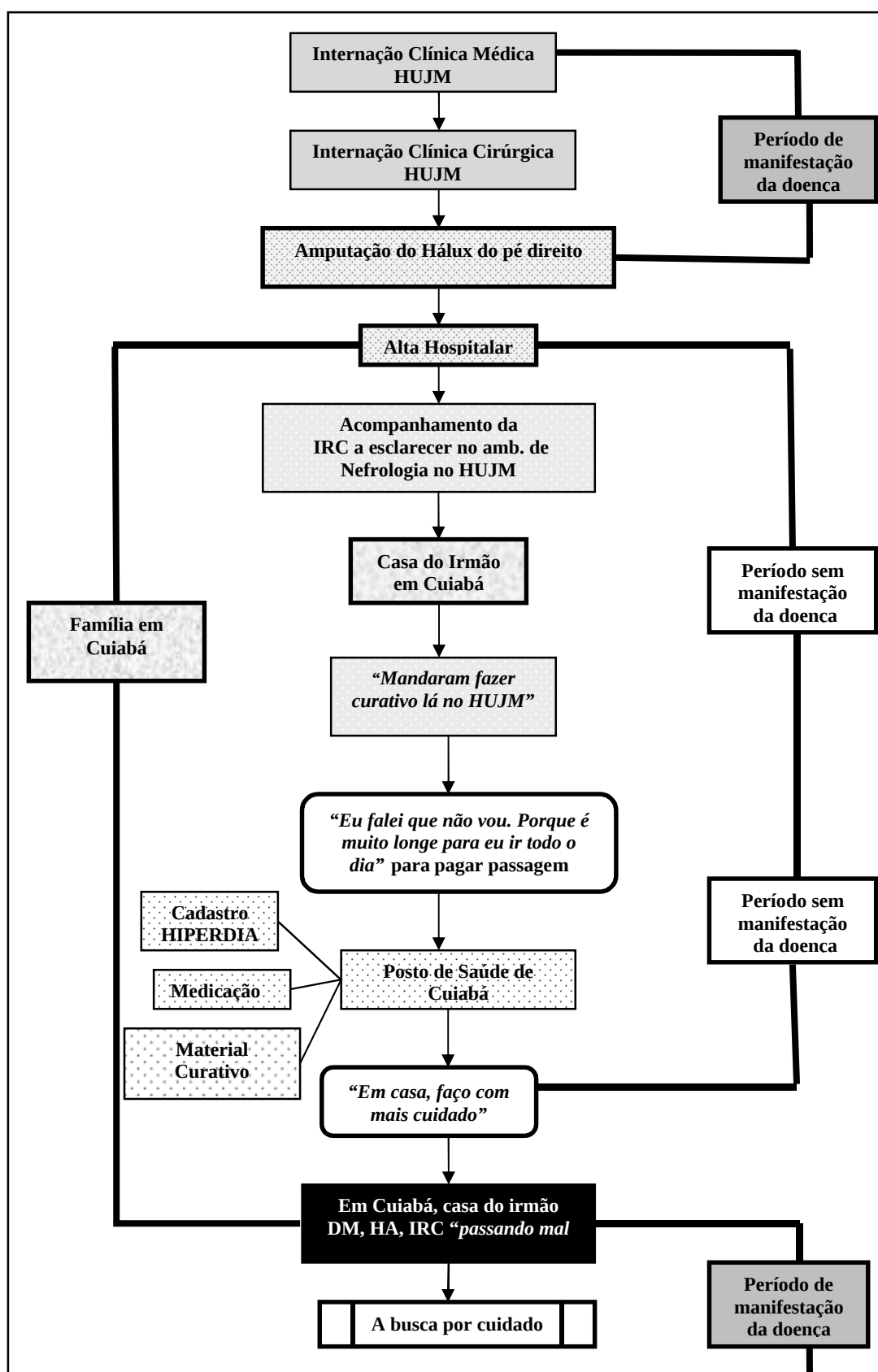


Figura 3.5 – Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro (continuação)

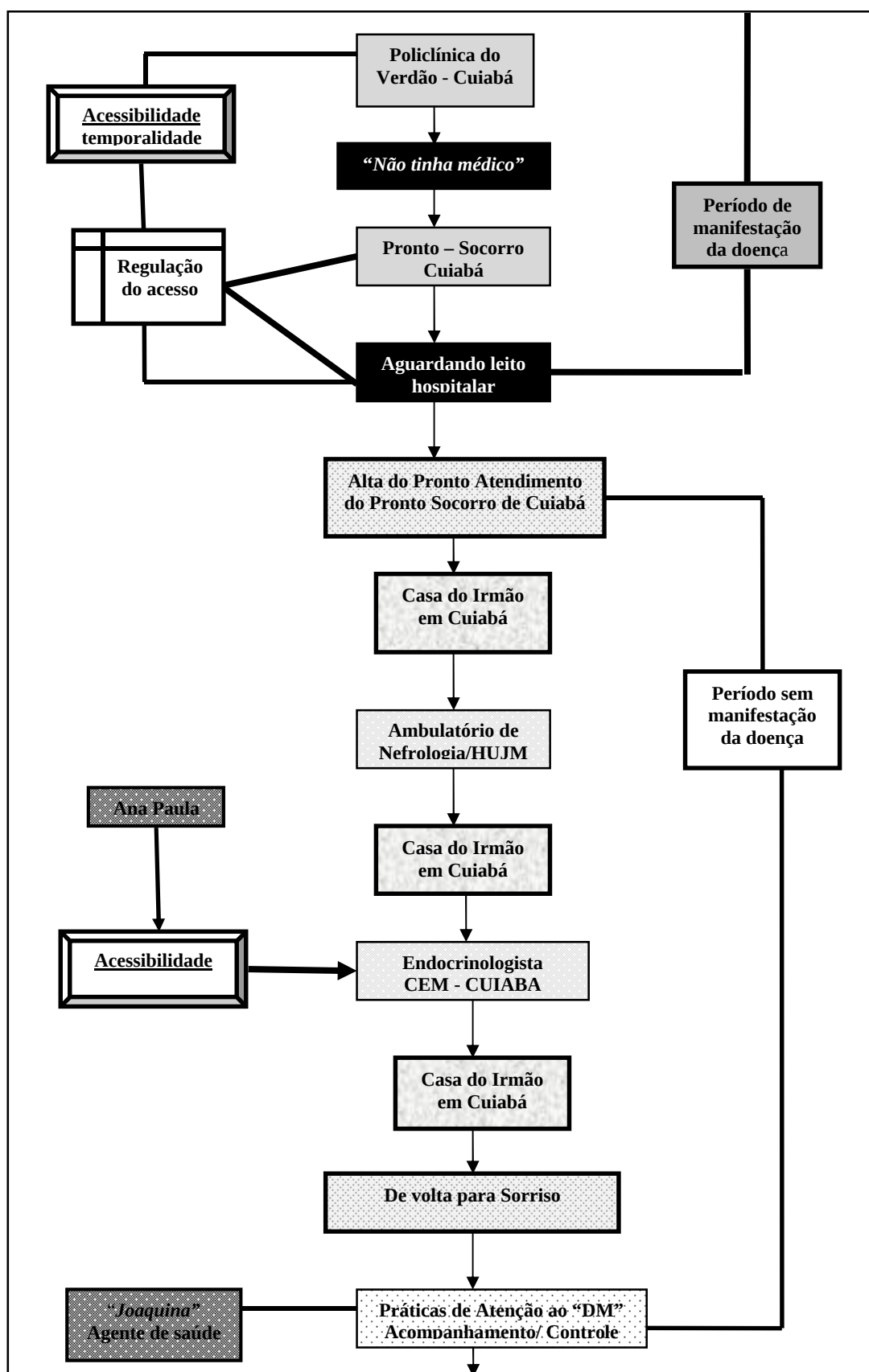


Figura 3.6 – Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro (continuação)

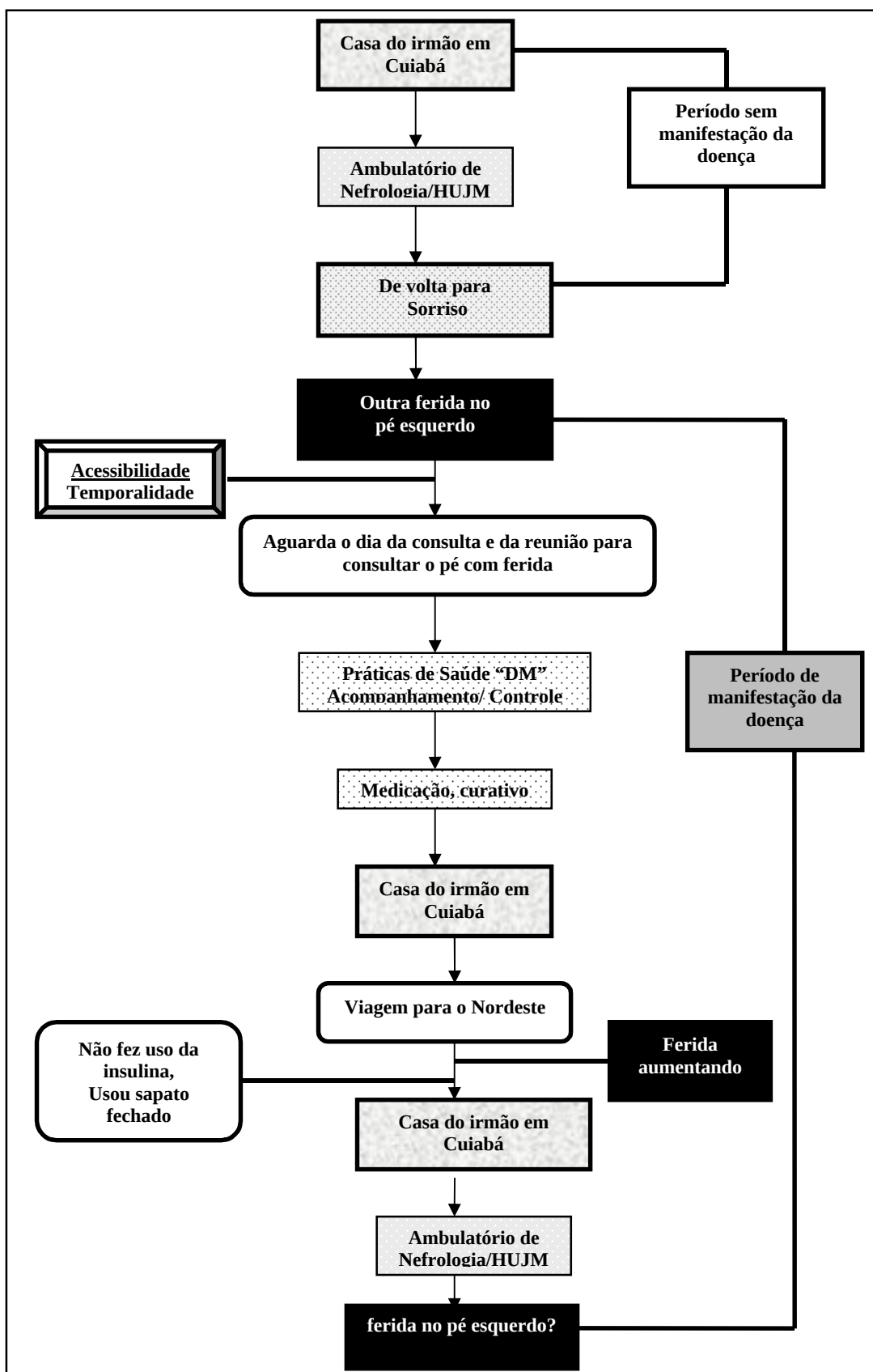


Figura 3.7 – Desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro (continuação)

Legendas

◀ ● ● ● ▶	Sentimento de pertença e identificação
○	Pessoas com <i>diabetes mellitus</i> que residem em Sorriso
▤	Atenção Básica
▥	Média complexidade (especialidades)
▦	Alta Complexidade (Hospitais)
▧	Rede de apoio
▨	Apoio da família em Cuiabá
▩	Médico da empresa onde o Sr. Pedro trabalhava em Sorriso
▪	Prefeitura Municipal de Sorriso – “as passagens da VAM”
▫	Período de manifestação da doença (fases de agudização)
▬	Período sem manifestação da doença
▮	O <i>diabetes mellitus</i> como problema de saúde e social
▯	Resolutividade
▰	Regulação do acesso
▱	As escolhas do Sr. Pedro
▲	Práticas regulatórias
△	A busca por cuidado
▴	Acessibilidade

O desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro permitiu ampliar a compreensão dos sentidos e significados de sua busca por cuidado, assim como permitiu compreender as distintas lógicas que se implicam continuamente, conformando essa trajetória e, ao mesmo tempo, problematizar as práticas profissionais de atenção e de gestão em saúde (BELLATO; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2007a).

No que se refere à organização do Sistema de Saúde para atender as necessidades de saúde das pessoas com *diabetes mellitus*, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2001a), embora prevê o Sistema de Referência e Contra-Referência que lhe dê sustentação, o faz de maneira pouco explícita quanto a sua operacionalização, exceto em um Informativo desse Plano que recomenda,

[...] aqueles (pacientes) que necessitarem de atendimento especializado ou hospitalar serão encaminhados para os demais níveis de complexidade do sistema de saúde no próprio território ou em municípios vizinhos, segundo a negociação explicitada na Programação Pactuada Integrada (PPI) de cada Estado. Esse cadastro possibilitará ao gestor federal, estadual ou municipal o planejamento para o atendimento desse público (BRASIL, 2001b, p. 586).

Nos Cadernos da Atenção Básica, com enfoque no *diabetes mellitus* (BRASIL, 2006a), esta organização também apenas referencia a necessidade de se estabelecer esta rede, trazendo ligeira ampliação do que já fora apontado anteriormente,

[...] com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de diabetes, haverá necessidade, em algumas situações, de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária. Nesses casos, deve ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência que conte com efetiva comunicação entre seus membros (BRASIL, 2006a, p.50).

Assim, o Sistema de Referência e Contra-Referência na organização da atenção à saúde às pessoas com *diabetes mellitus*, ainda é um desafio a ser enfrentado e solucionado pelos gestores e profissionais de saúde. Nessa configuração, a rede de serviços integrada deveria assumir os cuidados em todos os níveis de complexidade, segundo as necessidades de saúde dessas pessoas.

É interessante apontar que, na perspectiva da organização do sistema de saúde para atender as pessoas com esse agravo, é considerado que as

necessidades de saúde que apresentem terão resolução no nível da Atenção Básica e, apenas em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária (BRASIL, 2006a). No entanto, a análise, tanto do desenho espacial quanto temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro, mostra que, pela baixa resolutividade das práticas profissionais e devido à ocorrência de complicações de maneira precoce, o mesmo passa a ter acesso aos serviços de saúde do nível secundário e terciário de maneira freqüente.

Mais uma vez reforçamos a concepção de que a busca por cuidado se faz a partir da resolutividade ou não obtida para os problemas de saúde, ou seja, ela se faz de maneira ativa, tanto através do acesso aos serviços de saúde (Figura 2, trajetos de nº 17, 31, 33, 35), quanto ao acionar a rede de apoio (Figura 2, trajetos de nº 22, 23, 38), contradizendo a falsa impressão de que pessoas como o Sr. Pedro são passivas nesse processo (Figura 3.1; 3.3; 3.5).

Apesar da concepção que o Sr. Pedro possui sobre o cuidado, como sendo aquele que parte do outro (do profissional médico), e não de si, ele empreendeu buscas para obtê-lo, almejando que suas necessidades de saúde fossem resolvidas. Mais uma vez concordamos com Acioli (2006, p. 157), ao argumentar que “a população vem desenvolvendo *movimentos invisíveis*, que se constituem em experiências construídas a partir de suas lógicas de ação”.

Esses “*movimentos invisíveis*” foram considerados, em nosso estudo, como trajetórias de buscas por cuidado, e nos permitiu analisar, de que maneira e em que medida, os serviços de saúde disponibilizam esse cuidado para atender as necessidades de saúde apresentadas pelo Sr. Pedro, com base nos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à condição crônica do *diabetes mellitus*.

A possibilidade de analisar práticas concretas exercidas nos serviços de saúde e a maneira como as mesmas refletem no cotidiano do Sr. Pedro, ocorreu com o uso do Itinerário Terapêutico (Figura 2 e 3), visto que este se apresenta como uma tecnologia avaliativa em saúde (BELLATO; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2007a) que, no nosso estudo, se faz através da análise da busca por cuidado e das práticas profissionais de atenção e de gestão. O seu emprego nos permitiu compreender de que maneira a lógica do Sr. Pedro e a lógica das práticas

profissionais de atenção e de gestão se implicam¹⁶ e se tensionam¹⁷ frente à condição crônica do *diabetes mellitus* e, em que medida, esse tensionamento produz, ou não, ações resolutivas para os problemas que essa condição gera.

Ao discutir integralidade a partir das necessidades de saúde,

[...] a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles em um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou num hospital. Poderíamos denominá-la “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2006, p. 115-116).

A “*integralidade focalizada*”, segundo esse autor, implica que, em qualquer nível de atenção à saúde, deve haver a escuta ampliando o olhar para aquelas necessidades de saúde que, ainda, não apresentaram significados para a pessoa. Outros autores como Ayres (2004) e Mattos (2004) apontam a mesma problematização do que seja a integralidade, no plano individual, na relação de igualdade, prevalecendo a apreensão das reais necessidades de saúde demandada pela pessoa, sendo que estas deveriam ser contempladas nesses espaços e na oferta de acesso aos demais níveis de atenção. A Figura 3.4 aponta como as necessidades de saúde do Sr. Pedro, durante a fase de agudização de sua doença, foram apreendidas pelos profissionais de saúde e como o mesmo se sentiu insatisfeito quanto à forma como foi atendido.

Ao tratar da necessidade de uma relação mais próxima, Pinheiro e Guizardi (2005), destacam a importância do acolhimento e do vínculo a serem desenvolvidos pelos profissionais de saúde durante o encontro com as pessoas cuidadas, sendo que a noção de cuidado é entendida

¹⁶ Usamos aqui o termo “implicação” com o sentido de uma relação entre objetos, no caso deste estudo, cada uma das duas lógicas, pela qual um deles não pode estar dado sem que o outro também o esteja. (Conforme Novo dicionário Aurélio Versão 5.0 – dicionário eletrônico, Curitiba: Positivo, 2005)

¹⁷ Segundo ARAÚJO (2007), a TENSÃO é sempre “a vontade de potência em uma relação”. O TENSIONAMENTO é, então, “as forças, mutuamente implicadas, se exercendo na relação”. Desta relação de forças (entre A - aquilo que o usuário busca, e B - aquilo que o serviço de saúde oferece, ou seja, relação de forças entre duas lógicas) algo se produz - Percursos e Sentidos -, pois o poder é sempre produtivo.

[...] como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social. [...] ação integral é também entendida como “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 21).

A noção de cuidado como ação integral se mostra contrária na trajetória empreendida pelo Sr. Pedro, visto que, as ações pontuais que cada serviço de saúde oferece e a maneira como os profissionais de saúde as colocam em prática pouco contribuem para estabelecimento do que as autoras denominam de “entre-relações”. Cecílio (2006) também destaca a importância da apreensão de necessidades de saúde que vão além do poder de resolutividade de cada nível de atenção, sendo que esta não se resume, apenas, ao espaço delimitado onde o atendimento esteja ocorrendo naquele momento, mas que seja pensada em rede, integrando os diversos serviços e níveis de atenção à saúde. O autor esclarece, ainda, a importância da “(máxima) integralidade (possível), pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde” (CECÍLIO, 2006, p. 117).

Com base nas narrativas do Sr. Pedro e nas respostas que obteve dos serviços e profissionais de saúde para suas necessidades, pudemos apreender que há uma divergência em relação à compreensão do que seja problema de saúde para um e para outros. Os profissionais de saúde, aparentemente, estão embasados na concepção cartesiana e biomédica, e recortam do universo das necessidades de saúde aquilo que se caracteriza como “problema”, pois o consideram como aquilo que se deseja evitar, corrigir ou minimizar, se constituindo em “objetos dados, que se oferecem passivamente à observação, bastando serem corretamente identificados pelas técnicas adequadas” (CAMARGO JR., 2005, p. 92).

Focando suas práticas na Clínica, os profissionais de saúde legitimam suas ações e seu saber ao apreender tais problemas a partir do corpo da pessoa doente, aí recortando, especificamente, as intervenções sobre a doença naquilo que se apresenta em forma de ‘manifestações clínicas’. Foge-lhes a compreensão de problemas de outras dimensões que não produzem manifestações físicas, cuja resolução se baseie, eminentemente em intervenções laboratoriais, medicamentosa ou cirúrgica. Explica-se, assim, a existência de referência para outros serviços apenas quando há necessidade de uma dessas intervenções, sendo que, na sua ausência, o retorno é sempre a casa, conforme pode ser constatado na Figura 2.

No entanto, analisando a Figura 3 e as demais que seguem, que apresentam o desenho temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro, podemos perceber que bem diferente é a sua concepção do que seja necessidade de saúde, visto que se configuram como um conjunto de “problemas” advindos, tanto da própria condição crônica do *diabetes mellitus* como do seu gerenciamento no cotidiano, conforme procuramos mostrar ao apresentarmos a sua vivência dessa condição.

E, embora haja o discurso subjacente de integralidade no Plano Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que direciona as práticas de atenção e de gestão, os profissionais de saúde, que as operacionalizam em práticas concretas, ainda desconsideram a experiência de adoecimento e, dentro dela, o conjunto de necessidades e as buscas que empreendem. Estas são quase sempre empreendidas através de *movimentos invisíveis* aos olhos de quem planeja e executa as políticas de atenção e de gestão, que desconhecem seus meandros e a reconfiguração que promovem no ideário da organização do sistema de saúde.

Enquanto Pinheiro (2006) pressupõe que as práticas fundamentadas na integralidade se baseiam em uma relação de igualdade na apreensão tanto dos aspectos subjetivos como objetivos das necessidades de saúde, as práticas profissionais de atenção e de gestão, por nós observadas, diferem dessa concepção. Nelas prevaleceu, por parte dos profissionais que atuam nos serviços buscados pelo Sr. Pedro, a apreensão parcial dos aspectos objetivos dos seus problemas de saúde, particularmente aqueles que se apresentam em forma de sinais

clínicos da doença. As repercussões resultantes dessa situação se fazem sentir, principalmente, através de uma baixa adesão ao tratamento, como na ocorrência, cada vez mais freqüente, de complicações graves de maneira precoce.

As práticas profissionais observadas no município de Sorriso são ainda organizadas em torno de uma proposta formal que recorta determinadas necessidades de saúde exigidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Tais práticas são fortemente centradas em números, de controle e monitoramento do *diabetes mellitus*, gerando inúmeros relatórios mensais produzidos para ‘prestação de contas’ às outras instâncias superiores sobre as atividades realizadas nos serviços de saúde.

No entanto, ao detectar as “falhas no tratamento”, os profissionais de saúde, freqüentemente, atribuem a responsabilidade à pessoa com *diabetes mellitus* e sua família, por não terem assumido o compromisso de mudança do estilo de vida, passando a considerá-los como merecedores da “atenção” da equipe de saúde, no sentido de exigir que tais mudanças de fato aconteçam (FARIA; BELLATO, 2006). Dificilmente encontramos, por parte dos profissionais de saúde, um movimento de reflexão sobre a organização e oferta do cuidado, assumindo a responsabilização pela mudança de suas práticas, de modo que possam ser mais resolutivas às necessidades de saúde das pessoas de que cuidam.

Na ausência de tal reflexão, seguem as práticas reducionistas e que não apresentam significados para pessoas com *diabetes mellitus*, pois, não respondem as suas necessidades e aplicabilidade de tais normas em sua vida cotidiana. Os efeitos dessa situação são apontados pela Organização Mundial de Saúde (2003) como um problema sério a ser enfrentado, particularmente na condição crônica, na qual a vinculação entre a pessoa doente e os serviços e profissionais de saúde precisa ser mais estreita, pela necessidade de cuidados contínuos e prolongados.

Os sistemas de saúde não reconhecem a grande influência que o comportamento dos pacientes e a qualidade de interação com os trabalhadores da saúde têm sobre os resultados do tratamento [...] Dois problemas comuns no nível micro são (1) falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e (2) falta de ênfase na qualidade da interação com o pessoal da área da saúde (OMS, 2003, p. 35).

Concordamos com as afirmações citadas acima referente à falta de interação entre os profissionais e as pessoas com *diabetes mellitus*, mas não no sentido de que sejam necessárias estratégias eficazes de “intervenções comportamentais, técnicas para aumentar a aderência aos medicamentos ou métodos para melhorar as habilidades de comunicação dos trabalhadores de saúde” como formas de resolução do problema (OMS, 2003, p. 35). Consideramos que a questão de base esteja relacionada às situações adversas que essas pessoas vivenciam em seu cotidiano e que não são abordados nas práticas profissionais de atenção, o que resulta na imposição de ações instituídas e homogeneizantes que, na maioria das vezes, não fazem sentido e não trazem respostas resolutivas para as mesmas.

Há necessidade da construção de espaços que valorizem a subjetividade das pessoas com *diabetes mellitus*, assim como adoção de práticas mais dialógicas e menos formais que conduzam, primeiramente, a mudanças nas posturas profissionais. As práticas profissionais de atenção e de gestão são planejadas e definidas a partir da racionalidade científico-profissional, apontando as metas a serem cumpridas e como elas operam nos corpos dessas pessoas. Sendo assim,

[...] todas as práticas de significação e os processos simbólicos através dos quais os significados são construídos envolvem relações de poder: o poder de nomear, de descrever, de classificar, de diferenciar, o poder de definir, enfim, quem está incluído e quem está excluído (MEYER, 2001, p. 29).

Partindo dessa prerrogativa, os profissionais de saúde têm o poder de eleger quais necessidades de saúde deverão ser apreendidas, conseqüentemente, produzindo efeito direto sobre as maneiras como vão lidar com a pessoa doente. Sabemos que as pessoas que vivenciam a condição crônica apresentam necessidades de saúde que requerem cuidados contínuos e prolongados, que vão muito além das alterações manifestadas nos resultados de exames, sejam eles clínicos ou laboratoriais.

Reforçamos ainda que cada pessoa vivencia sua experiência de adoecimento de forma bem particular e, dentro dela, o surgimento das fases de agudização da doença, desenvolvendo com frequência, a sensação de medo e de um futuro incerto. Assim, também os modos de enfrentamento das adversidades da condição crônica do *diabetes mellitus* se materializam em muitos matizes e intensidades, que vão das dificuldades financeiras, à ausência dos filhos ou de outros membros da família que possam oferecer segurança e apoio mais próximo, até a negação da doença ou de suas manifestações, resultando em graus de dificuldades e rearranjos diversos no cotidiano.

Tamanha complexidade na interação pessoa doente – condição crônica por *diabetes mellitus*, bem evidenciada no desenho do Itinerário Terapêutico do Sr. Pedro (Figura 2 e 3), representa um grande desafio para os profissionais de saúde. É preciso considerar que as necessidades de saúde, em suas múltiplas nuances, podem não se apresentar de maneira tão clara quanto os dados clínico-laboratoriais, exigindo dos profissionais de saúde uma atenção mais individualizada e uma escuta ampliada permeada de diálogos menos formais, de modo que essas pessoas se sintam acolhidas, estabelecendo-se assim, uma relação de vínculo (AYRES, 2004; CECÍLIO, 2006; PINHEIRO, 2006).

A convivência em grupo é apontada por várias autoras (PINHO, 2000; PENNA; PINHO, 2002; MADUREIRA; WAIDMAN; RIBEIRO; STAMM, 2002; FRANCIONI; SILVA, 2007) como uma possibilidade de espaço para se compartilhar e construir coletivamente práticas e saberes que possibilitem uma melhor maneira das pessoas enfrentarem as adversidades oriundas da condição crônica do *diabetes mellitus* no cotidiano. A convivência em grupo desperta nas pessoas

[...] o prazer de ser-estar junto (como) ponto central que dá às discussões a característica não de obrigação a ser cumprida, mas de um possível respiradouro na rotina cotidiana. Nele, a proximidade, a sensação de pertencimento, a valorização de cada um e de todos, o afeto, a confiança e o respeito mútuos formam o solo perfeito para a solidariedade e para a manifestação da potência, da força de cada um e do grupo, favorecendo a percepção de outras possibilidades de ser e viver saudável, de enfrentar o viver cotidiano e de transformar a si e ao mundo (visto aqui pelo lado de sombra, micro-cosmo em oposição à macro-estrutura

organizacional) (MADUREIRA; WAIDMAN; RIBEIRO; STAMM, 2002, p. 841).

Nesse espaço de trocas, a educação em saúde assim construída possibilitaria a essas pessoas vislumbrar novos horizontes e, inclusive, se tornarem auto-suficientes no seu cuidado, podendo realizar suas escolhas na busca por aceitação do *diabetes mellitus* como parte do seu viver. Pois, embora seja esperado que a pessoa em condição crônica, ao conviver com a doença de modo prolongado, busque aceitá-la, sabemos que isso não é fácil, visto que ela, de uma forma ou de outra, representa uma ameaça à vida e ao bem-estar (SOUZA, 2006).

Mas, na ausência desse lugar de encontro e identificação no espaço dos serviços de saúde, e frente aos sentimentos de medo e angústia que a condição crônica e seu agravamento impõe, há que se buscar formas alternativas de enfrentamento, ainda que seja através da resistência às práticas aí oferecidas, visto não fizeram sentido para a experiência de adoecimento que foi sendo tecida na conflituosa relação pessoa doente – doença – profissionais/ serviços de saúde. E, ainda que haja, por parte do Sr. Pedro, uma busca ativa por cuidado, como pôde ser observado na Figura 2, em seus muitos movimentos de procura pelos serviços de saúde, ele rejeita as práticas que lhe carecem de sentido, assim como aquelas que não lhe parecem resolutivas.

Mas, apesar dessa atitude ativa de buscas por aquilo que julga ser o melhor para sua situação naquele momento, há, freqüentemente, a percepção da culpabilização sofrida pela pessoa doente quando ocorre uma fase de agudização e/ou complicação do seu estado de saúde. Frente a isso, o Sr. Pedro desenvolveu mecanismos de fuga dessas práticas homogeneizantes, através do *jogo duplo*, da *transgressão* e da *astúcia* (MAFFESOLI, 2001) que se manifestam até mesmo de maneira inconsciente. O cotidiano de quem vivencia a condição crônica se configura como um verdadeiro campo luta onde diferentes práticas e saberes são tecidos juntos para compor a experiência de adoecimento como vivência única e individual.

É nesse sentido que o cotidiano deve ser compreendido como laboratório alquímico das minúsculas criações que pontuam a vida

cotidiana, como um lugar da *recriação de si* e da manutenção da identidade que permite a resistência (MAFFESOLI, 2001, p. 18).

A concepção de resistência aqui assumida por nós, está relacionada àquelas atitudes, gestos ou ações, pequenas ou grandes, que se contrapõem/contornam/desviam às práticas profissionais instituídas que tentam moldar o cotidiano da pessoa que vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*. Desta forma, essa resistência pode ser considerada como um respiradouro para as práticas normatizadoras e sem sentido para o seu modo de enfrentar e aceitar a doença como parte integrante de sua vida.

Ser saudável com *diabetes mellitus* não depende somente da realização correta do tratamento e do sucesso do mesmo, mas também da maneira como a pessoa convive com a sua condição, de conhecer suas possibilidades e limites, do apoio/ suporte que recebe e do acesso a uma educação em saúde com base no diálogo, em que possa se expressar e construir novas maneira de lidar com a sua doença (FRANCIONI; SILVA, 2007, p. 106).

Desse universo complexo que é a convivência com a condição crônica do *diabetes mellitus*, expresso ao longo de todo desenho temporal da trajetória do Sr. Pedro (Figura 3.1 a 3.7), ao delimitá-lo às buscas empreendidas aos serviços e profissionais de saúde, representada na Figura 2, vemos que, embora tenham sido muitos os serviços buscados, a centralidade se faz na figura do profissional médico e suas práticas. E, embora outros profissionais, como os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, dentre outros, pudessem estar atuando de maneira integrada para responder às necessidades de saúde trazidas a esses serviços pelo Sr. Pedro, vemos que suas ações, quando presentes, no caso do enfermeiro, particularmente, se colocam como subsidiárias à prática médica. O modo como as práticas operam produzindo uma assistência fragmentada e reduzida ainda tem por foco o fato de

[...] considerar o usuário um portador de necessidade/ fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de

um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. Sob o olhar dos núcleos dos profissionais consagrados, hegemônicos, o usuário será mais partido ainda, pois será olhado como um objeto suporte para a produção de um ato de saúde reduzido a um procedimento profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrados em procedimentos (MERHY, 2005, p. 199).

Pudemos observar que aquilo que não se encaixa na lista dos problemas clínicos não é apreendido nas práticas profissionais de atenção. Como efeito em cascata, “o menu” de oferta da atenção à saúde é construído com base nos problemas passíveis de apreensão e resolução médica e, em consequência, a oferta de serviços de saúde e a lógica das práticas de gestão que organizam e condicionam o acesso das pessoas aos mesmos em todos os níveis se centram em torno das intervenções desse profissional. Essa lógica não contempla as demandas das pessoas em condição crônica, contradizendo aquilo que Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2005) descrevem como demanda, ou seja, aquela

[...] que se constrói cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduos, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país (PINHEIRO; GUIZARDI, MACHADO; GOMES, 2005, p.12).

As pessoas em condição crônica do *diabetes mellitus*, ao não receber uma atenção resolutiva e eficaz por parte dos profissionais de saúde, particularmente no nível da Atenção Básica, apresentam um maior número de fases de agudização, períodos em que é necessário o acesso a outros níveis de atenção à saúde, e se já há uma centralidade da atenção na prática intervencionista médica, é de se esperar que a Atenção Básica passe a ser vista como mero espaço de dispensa de medicamentos e controles e não como lugar de práticas resolutivas para o cuidado.

[..] A suficiência ou insuficiência da capacidade tecnológica de cada nível de atenção vai depender também da capacidade

resolutiva do nível que o antecede, isto é, o nível que convencionalmente se denominou como porta de entrada do sistema: **a rede básica**. Portanto, a capacidade resolutiva dos níveis de atenção está diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção (atenção primária), sendo o profissional médico, o principal vetor dessas ações (PINHEIRO, 2006, p.74).

Com base nas argumentações de Pinheiro (2006), sob a ótica da integralidade na atenção à saúde, podemos apreender que o poder de resolutividade do sistema de saúde depende do modo como a Atenção Básica e, posteriormente, outros níveis de atenção, realizam práticas de atenção e de gestão que respondam às necessidades de saúde de pessoas em condição crônica do *diabetes mellitus* que demandam cuidados contínuos e prolongados. Tais práticas, entretanto, no nível da Atenção Básica, estão voltadas ao controle e monitoramento do *diabetes mellitus*, predominantemente, na sua fase de estabilidade. Nessa perspectiva, os serviços de saúde se organizam priorizando práticas de consulta médica, de educação em saúde e de dispensa de medicamentos, naquilo que poderíamos chamar de uma oferta programada, ou, como já nos referimos anteriormente, em um “*menu*” de oferta de atenção.

Nessa forma “pré-programada” de atenção à saúde não são consideradas as necessidades que surgem durante as fases de agudização, que não esperam data e nem a hora da próxima consulta médica agendada. Assim, observamos que os serviços de saúde não têm conseguido atender a condição crônica na sua fase de maior instabilidade, por não trazer resolução para outras necessidades além daquelas que envolvem o controle e monitoramento de dados laboratoriais e clínicos simplificados, pouco resolutivos no caso de instalação de complicações.

As demais demandas clínicas passam a exigir tecnologia e profissionais especializados, nem sempre disponíveis com a rapidez necessária que as fases de agudizações e/ou complicações exigem, conforme pode ser observado nas Figuras 3.5 e 3.6.

Na nossa concepção, as fases de agudização são aqueles períodos em que a pessoa necessita de atendimento diante das complicações advindas do

diabetes mellitus como o pé diabético, alterações nas taxas de glicemia, complicações renais, dentre outras, podendo ou não necessitar de hospitalização. E, embora a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, lançada em 2004, reafirme a função da Atenção Básica como pilar da atenção ao *diabetes mellitus* e que teria “a capacidade de tratar e acompanhar mais de 65% dos casos detectados” (BRASIL, 2001b, p.585), porém, a lógica perversa presente na organização do sistema de saúde e das práticas profissionais de atenção e de gestão que aí se concretizam, tem levado o aumento de complicações de forma progressiva e precoce. Essa situação observada, no caso do Sr. Pedro, se opõe, de maneira gritante, à própria Política instituída, que afirma que

[...] o acompanhamento e o controle da HA e DM no âmbito da estratégia saúde da família poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a esses agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2005, p. 1).

Essa mesma Política propôs, ainda, a Linha de Cuidado para as pessoas com *diabetes mellitus*, ampliando o foco de atenção à prevenção e tratamento da doença renal crônica, obesidade, do pé diabético e à prevenção secundária da doença cardiovascular (BRASIL, 2005). Essa linha de cuidado, na perspectiva do “modelo ideal”, visa atender as necessidades de saúde dessas pessoas abrangendo ações em saúde desde a prevenção, o diagnóstico e tratamento do *diabetes mellitus* e das complicações associadas a ele. No entanto, também a OMS (2003), frente ao crescente número de complicações decorrentes do planejamento e do cuidado ineficaz que vem sendo oferecidos às pessoas em condição crônica, dentre elas as pessoas com *diabetes mellitus*, se manifesta da seguinte forma:

[...] as complicações e os resultados finais de mau gerenciamento das condições crônicas seguem um curso conhecido e previsível. (Por exemplo, neuropatia e amputação são geralmente decorrentes do diabetes não controlado). Os riscos e as complicações associadas a cada condição crônica podem ser quase que totalmente calculados e, em vários casos, retardados ou até mesmo evitados. No entanto, isso exige cuidados de saúde pró-ativos e organizados em torno dos conceitos de planejamento e prevenção (OMS, 2003, p. 37).

Desta maneira, entende-se que o *diabetes mellitus* desencadeia a necessidade de uma série de cuidados e de atenção, tanto por parte dos profissionais, serviços de saúde, das pessoas com esse agravo e de suas famílias. Nenhum desses elementos é prescindível no processo, sendo que esses não poderiam estar atuando de maneira desarticulada dos demais.

A OMS (2003) aponta que, para diminuir o avanço da condição crônica, os serviços de saúde necessitam de propostas inovadoras que vão muito além da descoberta de novos casos, como por exemplo, de *diabetes mellitus*, mas que propiciem a participação tanto dos profissionais de saúde como das pessoas que vivenciam tal condição e sua família.

O tratamento inovador não se baseia na etiologia de um problema de saúde em particular, mas sim nas exigências que ele impõe ao sistema. No caso das condições crônicas, as exigências são similares, independentemente de sua causa (OMS, 2003, p. 46).

Dentre os elementos essenciais para o cuidado à condição crônica, a OMS (2003) aponta, ainda, a necessidade de se desenvolver um sistema de saúde integrado, que se resguarde contra a fragmentação de suas ações. Há também um forte reforço na importância da mudança de enfoque sobre a pessoa doente e na doença, com os profissionais mantendo contato mais regular e extenso durante o tratamento, o que exige habilidades avançadas de comunicação por parte da equipe, dentre outros. Percebemos que grande parte das mudanças necessárias, tanto em relação ao sistema quanto aos profissionais de saúde, são aquelas que permeiam as discussões sobre a integralidade na atenção à saúde. E tais mudanças têm no cotidiano dos serviços de saúde o espaço privilegiado onde devem se materializar as ações inovadoras em saúde e a interação entre as pessoas em condição crônica e os profissionais.

No entanto, o espaço dos serviços de saúde, que poderia ser o lugar de interação entre os profissionais e o grupo de convivência de pessoas com *diabetes*

mellitus, não tem sido, de acordo com a OMS (2003), propício para o gerenciamento da condição crônica. O cotidiano dos serviços de saúde foi sendo construído com base em práticas e saberes que instituem ordens, restrições e que reproduzem, mensalmente, um monólogo prescrito que não dá voz àqueles que vivenciam essa condição.

Como pudemos compreender, os serviços de saúde, particularmente aqueles da Atenção Básica, não se configuram como um ‘lugar’ de referência e de identificação para o Sr. Pedro, mas se constituem com um espaço que possibilita a aquisição de medicamentos e exames que considera importantes para o controle de sua doença. Essa situação pode ser visualizada na Figura 2, ao apontarmos sua relação com a unidade do PSF em linha tracejada que especifica seu trajeto mensal para a busca de medicamentos. No entanto, é preciso salientar que, embora não haja por parte do Sr. Pedro uma identificação com esse serviço de saúde, há uma forte ligação com a agente comunitária de saúde de sua microárea, com quem estabelece vínculo afetivo e de cuidado, constituindo-se ela em parte de sua rede de apoio, conforme especifica a Figura 2. Lembramos aqui Santos e Peluso ao afirmarem que,

[...] a partir da identificação dos lugares, é preciso entender sua lógica, e respeitar suas formas e conteúdos. Agir nessa perspectiva é ir ao encontro de ‘espaços promotores de saúde’, e reafirmar a importância desses lugares, reforçar a rede que lhe dá suporte e sustentação, que oferece ancoragem às comunidades, para que tenham condição de se postar de modo alternativo, e ser inovador e radical na busca da integralidade (SANTOS; PELUSO, 2006, p. 53).

Se considerarmos, como aponta Cecílio (2006, p.116), que “a demanda é o pedido explícito, a tradução das necessidades mais complexas do usuário” muitas das demandas apresentadas pelo Sr. Pedro não encontraram respostas efetivas por parte dos profissionais e dos serviços de saúde. Como por exemplo, podemos citar o caso da insulina que, embora tenha aprendido a se auto-aplicar a medicação, ele passou a não fazer uso regular da mesma, devido às inúmeras dificuldades na sua aquisição junto ao Posto Central, o que pode ter

contribuído de maneira importante para o aparecimento e agravamento das complicações decorrentes do *diabetes mellitus*.

Entendemos, assim, que a apreensão parcial da demanda não implica apenas em resolução parcial de um problema de saúde, mas, ao contrário, pode representar a não adesão a uma medida terapêutica imprescindível naquele momento, com conseqüências desastrosas para a pessoa com *diabetes mellitus*. No caso do Sr. Pedro, talvez essa conseqüência tenha sido a diferença entre a manutenção de sua integridade física e a necessidade de amputação de parte do pé direito.

Situações como essas fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde, mas, aparentemente, são insignificantes aos olhos de quem não compreende as mudanças e as dificuldades que o *diabetes mellitus* impõe na vida das pessoas. No entanto, entendemos que muito da falência e da eficácia do cuidado frente à condição crônica se dê por não haver, por parte dos profissionais de saúde, a sensibilidade para apreender essas muitas ‘insignificâncias’ de que se compõe o cotidiano da pessoa que vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*. E é possível entender que, a não resolução de uma necessidade, acarreta, em cascata, outras, de maneira que o resultado final se dê, não por uma única grande falha do sistema de saúde, mas devido uma rede intrincada de pequenos ‘descuidados’ ao longo do processo de cuidado da condição crônica.

Ao analisar, tanto o desenho espacial quanto temporal da trajetória empreendida pelo Sr. Pedro, nas suas muitas idas e vindas de um serviço para outro, evidenciamos inúmeras situações em que esse processo se deu. Ao buscar a resolutividade para os seus problemas de saúde que, naquele momento, se manifestavam através de sintomas e que o levou ao desconforto físico, ele foi, também, em busca da integralidade na atenção a sua saúde, sendo que as dificuldades por ele explicitadas apontavam para um pedido de ajuda para compreender o que se passava no seu corpo e o que isso estava representando para sua vida e sua saúde.

Porém, a partir do momento em que os profissionais não puderam apreender as suas necessidades de saúde, esse espaço, que deveria ser de referência, de ajuda e de apoio, perde sua importância e a confiança que o Sr. Pedro aí depositava como possível de oferecer resolução para seus problemas. Perde-se,

assim, o vínculo com o serviço de saúde, o que contribui, de maneira marcante, para a não adesão ao tratamento.

Mas, ainda que seja mantida alguma ligação com o serviço, como no caso do Sr. Pedro em relação à unidade do PSF, este pode passar a ser reconhecido como um espaço para cumprir as exigências dos profissionais e do próprio Sistema de Saúde para receber medicamentos antidiabéticos e anti-hipertensivos, que ele obtém com relativa facilidade e que, provavelmente por isso, ainda permanece fazendo uso deles. No entanto, nos parece que, pelas inúmeras dificuldades vivenciadas na aquisição e uso, inclusive sem que os profissionais de saúde percebessem isso, a insulina perde sua função e importância na vida do Sr. Pedro, o que evidencia uma ‘escolha’ negativa que o coloca numa situação de grande vulnerabilidade frente à possibilidade de agravamento das complicações, o que, de fato, passou a ocorrer (Figura 3.6).

Pensar em integralidade na atenção à saúde é pensar no modo como estão organizadas as práticas no cotidiano dos serviços de saúde e de que maneira estas podem responder as necessidades de saúde das pessoas, refletindo sobre como ouvimos, olhamos e apreendemos tais necessidades. Assim, nos parece que a integralidade como um princípio norteador de práticas desejáveis (MATTOS, 2006) depende, essencialmente, dos profissionais e da maneira como estes atuam nos seus microespaços.

Ao empreender sua busca por cuidado, o Sr. Pedro encontrou o foco da atenção à saúde centrado no seu corpo doente e em resultados de exames. Para ele, essa centralidade da atenção e da prática profissional na realização de exame passa a significar que os serviços de saúde estão proporcionando um bom atendimento. Percebemos pela análise do desenho temporal de sua trajetória que o que pôs o Sr. Pedro em movimento dentro da rede de serviços, como demanda regulada pelo Sistema, não foi a idéia de atenção integral às necessidades de saúde, mas as intervenções no seu corpo, medicamente operacionalizadas através de exames, consultas especializadas, procedimentos cirúrgicos, entre outros. Assim, nos últimos tempos e com o agravamento da sua situação de saúde, sua movimentação se dá, principalmente, dentro da rede de serviços da atenção secundária e terciária fora do seu município.

A integralidade na atenção à saúde também pressupõe a integração dos serviços de saúde, visto que as ações em saúde não se restringem a determinado espaço e, segundo pensar em integralidade

[...] remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S331).

Mas, à medida que as necessidades de saúde do Sr. Pedro não foram apreendidas no seu espaço local e regional devido à pouca integração dos serviços que compõem a organização do Sistema de saúde nesse nível, este acionou a sua rede de apoio (Figura 2, trajetória n.º10, 17, 22, 23, 25, 38, 40), para buscar a resolutividade para os seus problemas de saúde. Desse modo, ele não teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde, porém encontrou obstáculos para se manter no Sistema, o que nominamos de **acessibilidade** (Figura 3).

Trata-se de uma noção em construção que nos fez repensar o que seja acesso aos serviços de saúde, a partir da análise do Itinerário Terapêutico do Sr. Pedro. Para nós, do grupo da pesquisa maior à qual este estudo se vincula, a acessibilidade

[...] surgiu como forte elemento condicionante nessas buscas de cuidado empreendidas pelos usuários que, de acordo com as características do nosso Estado, apontaram a dimensão geográfica, a temporalidade e os múltiplos custos envolvidos no cuidado à saúde como fatores importantes de serem considerados na organização e nas práticas dos serviços de saúde (FARIA; SANTOS; BELLATO; ARAÚJO, 2007, p.15).

Frente a essa concepção de acessibilidade, a definição de acesso nos pareceu muito restrita para compreender e analisar os entraves para a entrada no Sistema de Saúde, tão presentes na vida e na evolução da doença do Sr. Pedro. Ainda pela análise do seu Itinerário Terapêutico percebemos que tem havido uma busca

intensa por serviços de saúde, até com relativa facilidade de acesso (Figura 2). No entanto, apenas adentrar num serviço de saúde não garante a resolução de seus problemas de saúde, conforme pode ser visualizado ao longo da apresentação temporal da trajetória do Sr. Pedro (Figura 3).

Pensar em acesso para além do consumo de serviços de saúde, nos permitiu elaborar a noção de acessibilidade e, a partir desta, tematizar a noção de resolutividade. Assim, de maneira ampla, pensar em acessibilidade nos permite indagar, de que maneira e em que medida, as práticas profissionais de atenção e de gestão, do modo como estão hoje organizadas em nosso Estado, respondem às necessidades de saúde das pessoas em condição crônica por *diabetes mellitus*. Pela lógica da organização do Sistema, para se ter acesso aos demais níveis de atenção, essas pessoas precisam ser encaminhadas pelas unidades básicas de saúde (PSF e Postos de Saúde), o que as configura como uma porta de entrada para o SUS. Mas, pensando ainda na baixa resolutividade da Atenção Básica, particularmente no que se refere ao cuidado à condição crônica, questionamos se ela se conforma de modo a organizar a rede de atenção ou com a finalidade de delimitar e limitar o acesso aos demais níveis de atenção (Figura 2).

Esse questionamento se coloca pelo fato de identificarmos que os profissionais de saúde da Atenção Básica podem funcionar como dificultadores e limitadores da acessibilidade, pois, para serem encaminhadas a outro nível de atenção, as pessoas têm que passar pelo crivo da avaliação do profissional médico que, após a ‘leitura’ inicial do corpo doente, identifica a necessidade ou não de realizar o encaminhamento para outro nível de atenção à saúde. Pudemos observar também que, não raro, o profissional médico do nível secundário de atenção acaba por exercer esse mesmo papel de “regulador” de acesso. Essa situação se torna mais clara quando da ocorrência de complicações como aquelas apresentadas pelo Sr. Pedro, quando também no nível secundário a resolução do problema não acontece, ainda que algumas intervenções possam aí ocorrer, quase sempre na forma de solicitação de exames. Assim, torna-se necessário um novo encaminhamento para o nível imediatamente acima.

Nesse processo regulatório, nos parece que a resolução para as necessidades de saúde está preterida em relação à regulação de procedimentos

diagnósticos e de tratamento, pois observamos concepções diferenciadas do que sejam necessidades de saúde na perspectiva do Sr. Pedro e na perspectiva do profissional médico (Figura 2 e 3), conforme já discutido anteriormente.

No encontro dessas diferentes concepções de necessidades de saúde, prevalecem aquelas que são identificadas como importantes pelo profissional médico, ainda que seja sobre o corpo e a saúde do Sr. Pedro. Quando o profissional identifica que seu poder de resolutividade encontra-se diminuído, encaminha a pessoa doente para o serviço de referência, por intermédio da Central de Regulação (Figura 2 e 3).

Evidenciamos que há uma certa divergência em relação ao que seja resolutividade, pois, para o Sr. Pedro essa concepção é percebida como alívio do sofrimento causado pelas freqüentes fases de agudização do *diabetes mellitus*. No entanto, pela sua experiência junto aos serviços e profissionais de saúde, o Sr. Pedro também aprendeu a valorizar como resolutividade o recebimento do pedido de encaminhamento médico para agendar uma consulta com especialista através da Central de Regulação. Assim, na sua percepção, a resolutividade passa a estar diretamente relacionada ao fato de poder ser atendido por um ‘especialista’ e a possibilidade de obter alívio para seu sofrimento com a sua intervenção.

Outra dimensão que entendemos caracterizar a noção de acessibilidade é a temporalidade. A exemplo disso, é possível apreender no desenho temporal da trajetória do Sr. Pedro, indagar sobre o tempo decorrido entre a identificação da necessidade de avaliação e conduta de especialistas, somado ao tempo de agendamento e à realização da consulta e/ou da liberação do leito hospitalar (Figuras 3.2 e 3.3), com inúmeras passagens por outros serviços de saúde nesse intervalo de tempo que os serviços de saúde ofertam, porém, sem considerar as necessidades que a condição crônica do *diabetes mellitus* requer no planejamento e na organização da rede de atenção.

No entanto, essas situações não têm sido computadas como dificultadoras da acessibilidade, bem como não se contabiliza os efeitos e as conseqüências desse retardo na resolução do problema de saúde repercute na vida da pessoa. Pinheiro (2006) identificou em seus estudos que o tempo de espera para atendimento em serviços de saúde é muito longo e isso é o que

[...] mais afeta o acesso dos serviços ofertados pelo sistema. Portanto, ao esperar um determinado tempo para ser atendido, já se parte do pressuposto que o acesso efetivo está garantido – o problema está em *ficar na fila*, esperar, para talvez para ser atendido (PINHEIRO, 2006, p.71).

O tempo de espera se configura como um problema a ser resolvido pelas práticas de gestão, de maneira que consigam ofertar acesso aos serviços de saúde de maneira mais rápida. Na nossa realidade, as pessoas ficam aguardando a autorização de consultas, exames, procedimentos diagnósticos e seus resultados, bem como uma vaga em leito hospitalar em ‘filas virtuais’ da Central Estadual de Regulação (CER). Essa espera ‘virtual’ se torna ainda mais indefinida quanto a sua duração, pois não há um espaço físico e profissionais concretos e acessíveis aos quais a pessoa doente possa recorrer para reclamar dessa demora.

Pudemos observar que essa espera virtual no caso do Sr. Pedro, pois o médico da unidade do PSF solicitou o encaminhamento, via CER, de avaliação para o nefrologista da rede (Figuras 3.2 e 3.3). O tempo decorrido entre essa solicitação, com data de 27/12/06, e a autorização da consulta, em Cuiabá, com data de 15/01/07, foi de 19 dias. Embora essa espera não pareça particularmente longa, ao analisar as anotações contidas no seu prontuário no HUJM, pudemos encontrar a ficha de registro de agendamento da Central de Regulação de Sinop com a data e horário da consulta com nefrologista marcada para essa instituição. O encaminhamento do médico da unidade do PSF de Sorriso solicitava a avaliação do nefrologista, pois o Sr. Pedro, na época da consulta, apresentava anasarca, proteinúria, diabetes e de hipertensão arterial.

No ambulatório de nefrologia do HUJM, nos deparamos com uma prática mais resolutiva em um momento crítico que o Sr. Pedro vivenciava. Após a avaliação, o nefrologista optou por encaminhá-lo para o Pronto Atendimento Adulto do HUJM, tendo como justificativa para a solicitação de internação o “*diagnóstico médico de Osteomielite aguda hematogênica*” (Nota de Observação - 05/02/07) e, mesmo estando o Sr. Pedro já internado, esse profissional médico procedeu à avaliação de sua função renal tendo apontado como hipótese diagnóstica “*Insuficiência Renal a Esclarecer*” (Nota de Observação - 05/02/07).

Na alta hospitalar do HUJM, quando, entre outros procedimentos o Sr. Pedro foi submetido à amputação de hálux direito, ele foi encaminhado, novamente, para avaliação e monitoramento da função renal no ambulatório desse Hospital. Porém, a equipe da Clínica Cirúrgica o referenciou para fazer o curativo da área amputada no Ambulatório de Feridas dessa instituição (Figura 3.3). Percebemos que, nesse processo, o Sistema de Referência é valorizado pelos profissionais, sendo que o Sr. Pedro foi encaminhado, inicialmente, para o Ambulatório de Nefrologia. Ao contrário, o Sistema de Contra-Referência parece não se configurar como um procedimento importante e que ofereça a necessária retroalimentação da atenção para que ela possa, de fato, funcionar como uma rede de serviços integrados, tendo por base o princípio da integralidade, como apontam Hartz e Contandriopoulos (2004).

Com base nessas análises, ousamos afirmar que os profissionais que atuam no SUS desconhecem que esse Sistema foi concebido de uma maneira que os serviços de saúde pudessem atuar de forma integrada, em redes, e que esse desconhecimento pode estar contribuindo para as dificuldades encontradas na sua operacionalização, de acordo com o que foi idealizado.

Soma-se a isso o fato de os profissionais de saúde desconhecerem as dificuldades que as pessoas enfrentam para conseguir ter acesso aos serviços de saúde, ou seja, chegar até eles. Essas dificuldades são da ordem das múltiplas dimensões envolvidas no cuidado à saúde, como a dependência de se ter alguém para acompanhar nesse deslocamento, os custos com transporte, as grandes distâncias a serem percorridas, a necessidade de reorganização do cotidiano doméstico e de trabalho de maneira que possibilite o afastamento, dentre outras. Particularmente em nosso Estado, outros fatores a esses se somam, como é o caso das condições climáticas que impõem um calor, muitas vezes, sufocante, a precariedade da malha viária dessa região, assim como as condições socioeconômicas desfavoráveis das pessoas.

É preciso considerar, ainda, que a pessoa em condição crônica, pela necessidade de cuidado contínuo e prolongado que apresenta, enfrenta essas dificuldades de maneira muito mais intensa do que aquela que necessita de atendimento mais esporádico para seus problemas de saúde. E a cada nova busca por cuidado empreendida pela pessoa em condição crônica, todo o processo regulatório

de identificação dos problemas através das muitas intervenções diagnósticas e de ‘recorte’ das necessidades de saúde e de dificuldades a ele implicadas, é novamente iniciado, retomando-se todo o ônus dessa situação para a pessoa doente e sua família. E, como é possível observar no desenho do Itinerário Terapêutico do Sr. Pedro, há uma circularidade perversa nessa busca por cuidado, visto que a condição crônica desenvolve inúmeras fases de agudização que, a cada ciclo, põe em movimento todo esse lento e sofrido processo.

Na última fase de agudização, o Sr. Pedro necessitou de atendimento médico de urgência em Sorriso (trajetos nº 19 e nº 20 – Figura 2), e para se ter acesso ao Hospital Regional de Sorriso, ele precisou passar, novamente, pelo CREM, de modo a obter um encaminhamento médico para poder ter acesso ao Pronto Socorro do Hospital Regional de Sorriso. Em outra oportunidade, presenciamos todo o sofrimento da família que teve dificuldades para obter acesso a uma unidade de referência para emergências clínicas em Cuiabá (Figura 2 – trajetos nº 31, nº 33, nº 35).

Ao longo das trajetórias apresentadas é possível identificar que, nessa busca por cuidado, o Sr. Pedro teve acesso aos serviços de saúde que não ofereciam condições de atendimento durante essa fase de agudização, no entanto, teve que ‘passar’ por eles para acessar outro nível de atenção, potencialmente mais resolutivo.

A idéia da implantação de uma assistência descentralizada, hierarquizada e organizada em redes integrais na região de Sorriso culminou com a criação e manutenção do Hospital Regional, localizado nesse município, onde é feito o atendimento ambulatorial e hospitalar para a população de toda a região. Esse Hospital deveria constituir-se, também, em referência terciária para a população e demais serviços da área por ele abrangida. Por considerarmos bastante ilustrativa a situação aqui apresentada, vamos transcrever uma das narrativas do Sr. Pedro que mostram as condições de atendimento nesse serviço de saúde:

Lá em Sorriso (falando baixo)... É, o tratamento lá tá bom. Porque eles botam gente lá, mas o que ta faltando o problema é esse é o especialista para a vista e para osso das pernas. [...] E lá acho que não tem, pois se tivesse o doutor não tinha me mandado para cá, né? Teria me dito na hora lá no regional, o doutor fulano é bom, é isso aí. É, o meu primo vem para cá por conta do problema nas

vistas. Eles mandam para cá porque lá não tem. Ele está fazendo esse tratamento, faz é tempo que ele está fazendo esse tratamento aqui. Ele vem e volta no mesmo dia. Aí botou o remédio dele aqui. Ele volta no outro dia. E eu não pude fazer assim, mas eu tô aqui internado.

A situação vivenciada pelo Sr. Pedro e pelo seu primo, Sr. Miguel, aponta para a dificuldade do município de Sorriso articular o Escritório Regional de Saúde de Sinop e a SES/MT para a criação de redes de serviços integrados que possam servir de referência, entre outras, para as pessoas com *diabetes mellitus* dessa região, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001a; 2001b; 2005; 2006a; MATO GROSSO, 2004; 2005a).

Nessa perspectiva, é necessário considerar que a criação e o fortalecimento da rede de serviços integrais poderiam realizar, não somente tratamento e reabilitação das pessoas em condição crônica pelo *diabetes mellitus*, sendo necessário, também, organizar mecanismos de gestão e de atenção que possibilitem a prevenção das complicações associadas a esse agravo tais como: a doença renal, a obesidade, o pé diabético, a retinopatia diabética e as doenças cardiovasculares (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; BRASIL, 2001a; 2001b; 2005; 2006a).

Como pudemos constatar, a organização do Sistema de Saúde da maneira como está sendo posta em prática pelos profissionais e serviços de saúde, bem como o modo como está sendo administrada pelos gestores, apresenta sérios pontos críticos em seu funcionamento em nosso Estado. É nesse contexto e frente às dificuldades aqui apresentadas que se torna necessário pensar a integralidade na atenção à saúde, ou, nas palavras de

[...] propomos a integralidade como um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano em saúde, na medida em que constitui um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p.14).

Consideramos, enfim, que o emprego do Itinerário Terapêutico como uma prática avaliativa da atenção e gestão em saúde nos possibilitou compreender, a partir da experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, como os serviços de saúde da região do estudo podem ou não responder às necessidades de saúde de pessoas que, como ele, demandam cuidados contínuos e prolongados de saúde devido à condição crônica do *diabetes mellitus*.

8. ALGUMAS CONCLUSÕES E AS PERSPECTIVAS QUE APONTAM

Partimos da concepção de que os dados aqui apresentados representam uma das dimensões do cotidiano de uma pessoa que vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*, convidando-nos a refletir sobre os enfrentamentos que experimenta e de que maneira poderemos ajudá-las a buscar novos modos de viver com o *diabetes mellitus* sem perder sua autonomia. Também as práticas profissionais de atenção e de gestão, que serviu de base para compreendermos como tem se conformado a assistência à saúde a essa pessoa no contexto estudado, foram analisadas naquilo que sua materialidade nos permitiu apreender através da observação, registro de imagens e da leitura de documentos.

Assim, entendemos as limitações que este estudo apresenta, como qualquer trabalho que se proponha a ser cuidadoso na sua construção, mas não pretensioso em dar conta da totalidade e complexidade do seu objeto. É dentro dessa perspectiva que procuramos alcançar o objetivo por nós proposto de compreender a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida por uma pessoa com *diabetes mellitus*, procedente do município de Sorriso/ MT, bem como pela qual os serviços de saúde por ela buscados efetivam as práticas profissionais de atenção e de gestão de modo a responder às suas necessidades de saúde.

Ao procurar articular, em uma trama coerente, a vivência da condição crônica do *diabetes mellitus* pelo Sr. Pedro com a maneira com que as práticas profissionais de atenção e de gestão procuram dar conta das suas necessidades de saúde, diversas dimensões foram desveladas, tanto no encontro dessas duas lógicas, quanto na expressão individual de cada uma delas, conforme procuramos mostrar nos capítulos precedentes. Aqui, portanto, cabe-nos trazer, de maneira breve, os *insights* que tivemos ao longo do estudo e como, na nossa compreensão, eles podem apontar para a construção de práticas de atenção e de gestão com base na integralidade e na resolutividade das necessidades de saúde do Sr. Pedro.

Entendemos, inicialmente, que o grande cenário da experiência de adoecimento e de busca por cuidados é o cotidiano da pessoa que a vivencia e não os serviços de saúde, embora as práticas profissionais ocupem esse *locus* na sua execução. No entanto, é no dia-a-dia das pessoas atendidas que essas práticas podem ou não se materializar em cuidado, de fato. Assim, não é possível construir práticas profissionais cuidativas desconsiderando a situação cotidiana de vida e saúde da pessoa a ser cuidada. Como também não é possível propor tais práticas sem que haja a participação ativa da pessoa sobre a qual irão incidir as decisões aí tomadas. A autonomia que pensamos não está no fato de poder decidir e executar sem a presença do outro, mas de compartilhar a decisão e a execução com o outro.

Essa compreensão nos parece clara quando pensamos que as práticas profissionais de atenção e de gestão ainda são planejadas e executadas para, supostamente, abranger todas as pessoas que experienciam o mesmo agravo à saúde, no caso deste estudo, a condição crônica do *diabetes mellitus*. E, por desconhecerem as necessidades inerentes a cada pessoa doente e as possibilidades de cuidado que ela possui, tais práticas se centralizam em ações de controle e monitoramento do corpo doente, com secundarização das ações de cuidado propriamente ditas.

Apreender as necessidades de saúde das pessoas cuidadas implica em criar espaços que possibilitem a emergência de acolhimento e de escuta, não como momentos privilegiados, mas como uma natureza intrínseca às práticas. Pudemos perceber que a própria concepção do que seja necessidade de saúde é construída pela pessoa doente também com base nas respostas, fragmentadas e parciais, que obtém dos profissionais na sua busca por cuidado. E, na medida em que vai compreendendo o que o serviço de saúde dá conta e o que ele deixa “vazar” das necessidades que traz para aí serem resolvidas, a pessoa doente passa a recortar do todo das suas necessidades aquelas que serão apresentadas como “problema” para o “cardápio” de ações que o serviço pode lhe ofertar.

E, embora haja por parte da pessoa doente um recorte prévio de necessidades em relação ao “cardápio” de ações possíveis nos serviços de saúde, há, ainda assim, um fluxo regulatório para a resolução de tais necessidades. Essa regulação, que não necessariamente seja de acesso/entrada nos serviços, se faz, principalmente, quanto à possibilidade de obter ou não o consumo de procedimentos

e consultas médicas especializadas e/ou hospitalizações. E, mesmo na Atenção Básica, considerada como porta de entrada do Sistema de Saúde, essa regulação da atenção é posta em prática, através da instauração da programação de atendimento às chamadas ações estratégicas de controle de agravos, formalmente constituídas dentro dos vários “programas” ministeriais.

Pudemos perceber, pelo desenho do Itinerário Terapêutico do Sr. Pedro, que há necessidade de avançarmos na concepção ‘de acesso aos serviços’ de saúde para a concepção de ‘acessibilidade ao cuidado’. Embora, aparentemente, seja mais uma questão semântica do que prática, tivemos a oportunidade de discorrer sobre as inúmeras dificuldades encontradas pelo Sr. Pedro para, de fato, obter acessibilidade aos serviços de saúde por ele buscados, mostrando que essa concepção precisa ser apreendida em outras dimensões que não apenas a de chegada ao serviço e a possibilidade de ser aí atendido. Impõe-se assim, a obrigatoriedade de repensarmos, de maneira articulada, o acesso ao atendimento e à resolutividade nele obtida frente às necessidades de saúde trazidas pela pessoa doente.

Observamos que, a não resolução dos problemas de saúde, ou a sua obtenção apenas de forma parcial, desencadeia na pessoa doente a necessidade de novas buscas por serviços, de maneira espontânea e/ou regulada dentro do sistema, de modo que acaba por haver um alto consumo de serviços de saúde com baixa resolutividade. Essa característica de relação entre pessoa doente e sistema de saúde parece ser bem mais intensa frente à ocorrência de uma condição crônica, como é o caso do Sr. Pedro, visto que essa condição impõe a necessidade de cuidado contínuo e prolongado.

Cria-se, assim, uma circularidade que ousamos chamar de perversa, apreendida pelo desenho espacial do itinerário terapêutico do Sr. Pedro. E, embora ele devesse ser a figura central das práticas desenvolvidas pelos profissionais, na verdade ele se apresenta como o grande direcionador/regulador de suas próprias necessidades de saúde e buscas por cuidado, ainda que de uma maneira um tanto caótica dentro do Sistema. Corrobora esse acesso excessivo aos serviços o fato de as ações de saúde serem fragmentadas em seu todo, através de pequenas parcelas desenvolvidas por profissionais e/ou serviços diferentes, como pudemos observar em relação à aquisição e uso da insulina pelo Sr. Pedro.

Nesses “vazios de cuidado” criados pelos serviços de saúde e seus profissionais emerge, de maneira intensa e imprescindível, a rede de apoio que o Sr. Pedro tece no seu dia-a-dia. Ela se expressa como o modo possível de organizar seu cotidiano para atender as suas necessidades de saúde, bem como as demais necessidades que aí se colocam, pois é preciso compreender que, para além de “estilos saudáveis de vida”, o que as pessoas doentes se permitem é viver, de maneira intensa, com/para além /apesar da condição crônica a que estão submetidas.

A compreensão da trama engendrada na experiência de adoecimento e busca por cuidado de uma pessoa em condição crônica nos permite ir em direção à concepção do que seja Integralidade em Saúde para além de um “entorno” direcionador de práticas. Passamos a compreendê-la como o movimento mesmo das práticas, na sua concreticidade, construído com as pequenas ações/attitudes do dia-a-dia. Em nossa percepção, ela não se apresenta mais como uma transcendência, algo a ser buscado fora, nas grandes políticas que normatizam as práticas de atenção e de gestão em saúde, mas se mostra presente, ou não, no modo como se encadeiam e se articulam as ações em direção à resolução dos problemas apresentados pelas pessoas atendidas, incluindo-as, de maneira acolhedora, na decisão do seu próprio cuidado.

E, embora tenhamos aqui apresentado uma face um tanto negativa do Sistema Único de Saúde em seu funcionamento no Estado de Mato Grosso, não desconsideramos o fato de que ele representa um grande avanço dentro do cenário sanitário brasileiro, como bem apontam Oliveira, Gomes, Acioli e Sá (2007). Esses autores afirmam que a sua importância se deve tanto em relação à estrutura de organização institucional da área da saúde, mas, especialmente, pela mudança que trouxe nas formas de direcionamento, de concepção e de execução da assistência à saúde em nosso país. Concordamos ainda com esses autores ao refletirem que,

[...] apesar dos avanços alcançados na última década, coexistem em seu interior aspectos inovadores e conservadores que caracterizam a atenção à saúde no Brasil. O caráter inovador refere-se aos princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, bem como à qualidade dos debates e da produção intelectual do campo científico. O conservador se expressa baixa institucionalidade alcançada pelo sistema, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde (OLIVEIRA; GOMES; ACIOLI; SÁ, 2007, p.178).

Assim como pudemos apreender neste estudo, os autores consideram que não há permeabilidade entre “a modernidade conceitual legal e o conservadorismo das práticas de saúde, centradas num modelo assistencial circunscrito às respostas às demandas imediatas, na medicalização da saúde e na alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico” (OLIVEIRA; GOMES; ACIOLI; SÁ, 2007, p.178).

Entendemos que as práticas profissionais de atenção com base no princípio da integralidade nos convidam a repensar nossas práticas profissionais de maneira que possamos reconhecer a importância de incluir em nossas “*agendas de trabalho*” novas propostas que permitam promover acolhimento e vínculo, com base na apreensão do modo como as pessoas reconstroem suas vidas frente à condição crônica do *diabetes mellitus*.

Ao mergulharmos na experiência de adoecimento e de busca por cuidado empreendida pelo Sr. Pedro, tínhamos, até então, a certeza de que conhecíamos como o SUS funciona e que o “usuário” era quem desconhecia os seus fluxos e normas. Mas, ao contrário, o Sr. Pedro, à sua maneira, nos apontou como o SUS opera no dia-a-dia, de maneira concreta. Foi através de suas narrativas que direcionamos, também, o nosso olhar para o modo como as práticas profissionais de atenção e de gestão conseguem atender, ou não, à condição crônica gerada pelo *diabetes mellitus* e como os princípios da integralidade e da resolutividade em saúde permeiam essas práticas.

Pudemos perceber que os profissionais de saúde continuam, ainda, atuando apenas na superficialidade do processo de adoecimento e busca por cuidado, uma vez que desconhecem a realidade vivida pelas pessoas que adoecem. Assim, são expectadores da condição crônica do outro e não colaboradores/ facilitadores no processo de cuidado e gerenciamento dela. Talvez não se apercebam, também, que as pessoas vivenciam, cada uma a seu modo, a experiência de adoecimento desenvolvendo, não raro, o sentimento de medo frente a um futuro incerto, tanto mais intenso na medida em que menos respostas resolutivas obtêm para seus problemas de saúde.

REFERÊNCIAS¹⁸

ACIOLI, Sonia. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ CEPESC/ABRASCO, 2006, p. 157-166.

ALVES, Paulo Cesar. A experiência da enfermidade: considerações gerais. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 263-271, jul./set., 1993.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos; BELLATO, Roseney; SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes; FARIA, Ana Paula Silva de. História de vida focal e entrevista em profundidade: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, IV CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE SAÚDE, XIV CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, X, 2007, Bahia. **Anais....** Salvador: ABRASCO, 2007 (a). ISSN 1413-8123. 1 CD-ROM.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos. O potencial de imagem e seus usos em pesquisa. In: Oficina de produção de imagem - o potencial da imagem e seus usos em saúde e enfermagem, 2007(b), Cuiabá. **Relatório....** Cuiabá: UFMT - PROVIVAS/ Coordenação de Extensão.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos; AZEVEDO, Rosemeyre Capriata. Materialidade discursiva e não discursiva das práticas profissionais: pistas do método em Foucault. In: **Seminário de estratégias metodológicas em pesquisa qualitativa - historia de vida focal e casos exemplares**. Disponível em: < [http://br.groups.yahoo.com/group / pesquisabr163/](http://br.groups.yahoo.com/group/pesquisabr163/)>. Acesso em: 27 de jun. 2006.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos. **Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva**. 2005. 235p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

¹⁸ De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas. **Rev. Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set.2003/fev.2004.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. “Com açúcar no sangue até o fim” um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) **Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, Série: Saúde em Debate, 2007, v.174, p. 53-86.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. 2006. 333p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2006.

BAUER, Martin W; GASKELL, George. (Org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 2005.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; OLIVEIRA, Phaedra Castro. **O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde**. Cuiabá, 2007 (a) Mimeo.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; FARIA, Ana Paula Silva de; SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes; CASTRO, Phaedra; SOUZA, Solange Pires Salomé de; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm. UFG. Goiânia**, 2007(b). (em avaliação).

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS REGIONAIS SUL-AMERICANOS: CONTRASTES SOCIOTERRITORIAIS E PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL, 2, 2006, Cuiabá. **Resumos....** Cuiabá: UFMT, 2006, p.77-78.

BELLATO, Roseney; CARVALHO, Emília Campos. **Insignificâncias Essenciais (a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar)**. Cuiabá: EDUFMT, 1998.

BONET, Octávio. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni; ARAÚJO, Ruben Araújo de. (Org.) **Cuidado as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005, p. 279-292.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007(a). Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Hospital Regional de Sorriso. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=5107922795655>. Acesso em: 02 de mar. 2007(b).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diabetes mellitus*. **Cadernos da Atenção Básica**: Brasília: Ministério da Saúde, n.16, 2006 (a), Série A – Normas e manuais técnicos.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Política Nacional de Atenção Básica ganha nova dimensão. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 34, Ano VII, mar./abr., 2006(b).

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Intersetorialidade e integralidade: prioridades no cuidado aos hipertensos e aos diabéticos. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 30, a. 4, jul./ago., 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, Série C - Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 371/GM, de 04 de Março de 2002. **Dispõe sobre o programa de assistência farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus, como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/portaria_371.php>. Acesso em: 11 de set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização à atenção a hipertensão e diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001(a). n. 59, Série C Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: informes técnicos institucionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6, p. 585-8, 2001(b).

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Diabetes e a reorganização da atenção. **Informe da Atenção Básica**, n.6, a.2, fev, 2001(c). Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo6.pdf>> . Acesso em: 14 de out. 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Das necessidades de saúde às demandas socialmente construídas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, p. 91-101.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Otávio F. Barreto Leite. 5. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed., Rio Janeiro: IMS/UERJ/ CEPESC/ABRASCO, 2006, p. 113-125.

CHINI, Gislaine Cristina de Oliveira; BOEMER, Magali Roseira. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 330-336, mar./ abr., 2007.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Rev. saúde e sociedade**, v.13, n.3, p. 5-15, set/ dez., 2004.

COSTA, Veridiana Tavares; ALVES, Patrícia Chaves, LUNARDI, Valéria Lerch. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 14, a. 1, p. 27-31, jan./ mar., 2006. [LILACS]

FARIA, Ana Paula Silva de; BELLATO, Roseney. A atenção à saúde aos indivíduos portadores de diabetes mellitus em Mato Grosso: reflexões sobre o gerenciamento dessa condição crônica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 58, 2006, Bahia. **Anais....** Salvador: ABEN, 2006. CD-ROM.

FARIA, Ana Paula Silva de; SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes; BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. Acesso e acessibilidade: uma análise sob a perspectiva da integralidade na atenção em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59, 2007, Distrito Federal. **Anais....** Brasília: ABEN, 2007. ISBN 978-85-87582-29-4. 1 CD-ROM.

FRANCIONI, Fabiani Ferreira; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.1, p. 105-111, jan./mar, 2007.

FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.4, p. 590-597, jul./ago., 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. 22. ed., São Paulo: Graal, 2006(a).

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. de Raquel Ramallete. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2006(b).

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “saudável”? Repensando e educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Rev. Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 147-168, jan./ jun., 1997.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações com a sociedade e estado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed., Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005, p.37-56.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves. A representação da doença: princípios para a pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 1 reimp., Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.109-132.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André – Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a

implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.20, s. 2, p. 331- 336, 2004.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CHAMPAGNE, François; LEAL, Maria de Carmo ; CONTANDRIOPOULOS, André - Pierre. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicadores de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, a.4, p. 310-318, 1996.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Trad. de José Kosinski de Cavalcanti. 4. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LOPES, Rosana Machado; VIEIRA, Ligia Maria Silva; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. 283-297, 2004.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; RIBEIRO, Edilza; STAMM, Maristela. Relações familiares e cotidiano: a análise de quatro estudos à luz de Michel Maffesoli. **Rev. Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 24, n.3, p. 831-842, 2002.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Trad. de Aluizio Ramos Trinta. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. 3. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.

MAFFESOLI, Michel. **Notas sobre a pós – modernidade: o lugar faz o elo**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Atlântica, 2004.

MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente**. Tradução de Alípio de Souza Filho. Natal: Argos, 2001.

MAFFESOLI, Michel. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. 2. ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

MAFFESOLI, Michel. O paradigma estético (a sociologia como arte). In: SOUZA, Jessé & OÊLZE, Berthold. (Org.) **Simmel e a modernidade**. Brasília: UNB, 1998, p. 241-254.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MARTINS, Luciana Mendes; FRANÇA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez., 1996.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de Saúde. **Plano diretor de regionalização da assistência à saúde - PDR (atualização)**. Cuiabá/ MT: SES/ MT, 2005 (a). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/site/documentos_ses/prd_2005_2006.pdf>. Acesso em: 18 de jan. 2007.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de Saúde. **Política Estadual de Saúde – Realinhamento - 2005**. 2005 (b). Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/site/documentos_ses/POLITICA%20ESTADUAL %20DE%20 SAUDE.doc](http://www.saude.mt.gov.br/site/documentos_ses/POLITICA%20ESTADUAL%20DE%20SAUDE.doc)>. Acesso em: 09 de out. 2007.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de Saúde. A regionalização da assistência em Mato Grosso: um breve resumo. **Boletim trimestral da Atenção Integral à Saúde**. 4 ed., Cuiabá: SUAIS - SES/MT, a. 1, out./ dez., 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem serem definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed., Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006, p. 39-64.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed., Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005, p. 45-60.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, set./out. 2004.

MENDONÇA Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de. (Org.) **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006, Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.

MERHY, Emerson Elias. Engravitando palavras: O caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005, p. 195-206.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed., São Paulo: HUCITEC, 1997.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Cuidado e diferença: integralidade à fragmentação do ser. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p. 21-38, jul., 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, Deize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; ACIOLI, Sonia; SÁ, Celso Pereira. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 377-386, jul./set; 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais para ação**. Relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônicas - degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde, 2003.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito sanitário brasileiro. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n.1, p.80-8, Jan./Mar, 2007.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos; PINHO, Lícia Maria de Oliveira. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Bras. Enferm.**: Brasília, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan./ fev., 2002.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Projeto GERUS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textosapoio/pub06U1T2.pdf>>. Acesso em: 20 de junho 2006.

PEREIRA, Wilma Dantas. **Corpo e significado: percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2**. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ed., Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006 p. 65-112.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x modelo ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed., Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005, p. 7-34.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005, p. 11-32.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, p. 5-7.

PINHO, Lícia Maria Oliveira. **Educação em saúde no cotidiano do ser diabético**. 2000. 109f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

PINHO, Ilka Chediak; SIQUEIRA, Josilucy Cristine Brito Aguiar; PINHO, Lícia Maria Oliveira. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.8, n.1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.html>. Acesso em: 24 de set. 2007.

ROZEMBERG, Brani. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 sup., v.1, p. S97- S105, 2007.

SANTANA, Maria da Glória. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades**. 2000. 200p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SANTOS, Alexandre A; PELUSO, Marília. A contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde: algumas reflexões. **HYGEIA, Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, vol.2, n. 2, p. 47-55, jun., 2006.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, vol.19, suppl.1, p. 29-36, 2003.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira et al. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamento. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 1, mai. / jun., p. 297-302, 2006.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; MEIRELES, Bethina Schneider. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.1, p. 50-56, jan/ mar., 2004.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. 2001. 188p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2001.

SILVA, Rafael Braga da; STELET, Bruno Pereira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. 2. ed., Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ CEPESC/ ABRASCO, 2005, p. 75-90.

SILVA JÚNIOR, Aloísio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Thereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed., Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ CEPESC/ ABRASCO, 2005, p. 241-25.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. (org). Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico cirúrgica**. 9 ed., Rio de Janeiro: Guanabara–Koogan, cap. 37, p. 913-983, v.1, 2002.

SORRISO, Prefeitura Municipal de. Construindo uma nova história. Disponível em: <<http://www.sorriso.mt.gov.br/index.php?pg=institucional&tipo=1>>. Acesso em 15 de fev. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002**: Diagnóstico e classificação do diabetes mellito e tratamento do diabetes mellito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, mai., 2003.

SOUZA, Solange Pires Salomé de. LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de ser feliz. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, v. 1, jan./fev., p. 153-164, 2007.

SOUZA, Solange Pires Salomé de. **A repercussão da febre reumática e da cardiopatia reumática na vida de crianças e de adolescentes entre sentir-se saudável e sentir-se doente**. 2006. 238p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2006.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 3. ed., Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2005, p. 89-111.

TESSER, Charles Dalcanale; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; LUZ, Madel Therezinha. **Resgatando as idéias de Ivan Illich: saúde, cultura e medicalização social.** Disponível em: < <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:-Pk9sRSDoyAJ:www.fcm.unicamp.br/ensino/saudefamilia/docs/Tesser%2520-%2520ILLICH.doc+as+novas+formas++de+sa%C3%BAde+e+a+sa%C3%BAde+em+forma+++++madel+luz>>. Acesso em: 21 de set. 2007.

TRAVASSOS, Cláudia, MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl.2, p.190-198, 2004.

TRENTINI, Mercedes; BELTRANE, Vilma. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes *mellitus*. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 261-269, 2004.

TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. Condição crônica e o processo de ser saudável. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez., 1992. [BDENF]

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Projeto de pesquisa “**Os desafios e perspectivas do SUS na atenção á saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no estado de Mato Grosso.** Faculdade de Enfermagem/UFMT: Cuiabá, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Projeto de pesquisa “**Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso**”. Faculdade de Enfermagem/UFMT: Cuiabá, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO

Título do Projeto: "OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO"

Pesquisadores e instituições envolvidas:

Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli (ISC/UFMT), Dra. Maria da Anunciação Silva (FAEN/UFMT), Ms Elisete Duarte (ISC/UFMT), Esp. Júlio Strubing Muller Neto (ISC/UFMT), Ms. Lydia Maria Bocaiúva Tavares (NDS), Mestranda Fátima Ticianel (SES/MT), Esp. Maria José Silva Pereira (SES/MT), Graduanda Mirian Crísthina Roewer Monteiro (SES/MT)

Dr^a. Roseney Bellato, Dr^a. Wilza Rocha Pereira, Dr^a. Sônia Ayako Tão Maruyama, Dr^a. Rosa Lúcia Ribeiro, Ms. Maria Aparecida Vieira, Ms. Solange Pires Salomé de Souza, Dr^a. Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa, Dr^a. Laura Filomena Santos de Araújo, Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira, Ms. Mara Regina Ribeiro Souza Paião, Ms. Jocely Fernandes A. B. de A. Lins, Esp. Elizabeth Jeanne Fernandes Santos.

Objetivo principal:

Apreender os desafios e perspectivas do SUS em responder à atenção em saúde da população residente nos municípios selecionados da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso, sob a perspectiva: do processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF); da materialidade das práticas profissionais, assim como da lógica de quem busca por atendimento nos serviços de saúde.

Procedimentos

A coleta de dados será realizada da aplicação de entrevistas semiestruturadas aos agentes decisores e Questionário fechado auto aplicáveis para os implementadores (médicos e enfermeiros). As entrevistas abrangerão o perfil sócio-ocupacional dos entrevistados e suas opiniões avaliativas sobre as várias dimensões do programa, e as condições de implementação e funcionamento do PSF do município.

A coleta de dados será feita, também, através da História de Vida Focal dos sujeitos selecionados como eventos-sentinela no Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá, localizando-se dentro de um evento de agravamento à saúde atual.

A coleta de dados será feita, ainda, pela observação de Casos Exemplares de práticas de atenção e práticas de gestão em saúde em sua materialidade discursiva (os discursos observados ou documentados) e não discursiva (imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador).

Possíveis riscos e desconforto:

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica somente em observação de práticas, discursos e narrativas. Esta observação durante o processo de trabalho será feita com a máxima discrição possível e será respeitada a vontade dos sujeitos em participar da pesquisa através da narrativa de suas experiências e suas opiniões

Benefícios previstos:

Identificar as condições organizacionais dos sistemas de saúde e o grau de implantação nos municípios da área de abrangência da BR 163 dentro do Estado de Mato Grosso, as correções necessárias para que possa redirecionar rotas, visando às inovações pretendidas e integralidade dos serviços de saúde. Pretende-se que os resultados subsidiem os gestores para as redefinições do programa e de suas prioridades.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não

participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante

(ou do responsável, se menor):

Assinatura do pesquisador principal:

Em caso de necessidade, contate a Profa. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, através do telefone (65) 3615-8881 – UFMT/Instituto de Saúde Coletiva ou pelo e-mail angsp@terra.com.br

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 2006

ANEXO 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGENS

Este termo se refere à concessão de licença de USO E REPRODUÇÃO DE IMAGENS Fotográficas e Filmográficas, com fulcro na Lei nº 9.610/98 e demais legislações pertinentes.

Solicitamos sua AUTORIZAÇÃO para realização de fotografias e filmagens com objetivo de compor o banco de dados da Pesquisa: “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso”¹⁹ que tem como objetivo apreender os desafios e perspectivas do SUS em responder à atenção em saúde da população residente nos municípios selecionados da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso.

Solicitamos, também, AUTORIZAÇÃO para que sua imagem (fotográfica e filmográfica) possa ser REPRODUZIDA E USADA no âmbito exclusivo da divulgação científica dos resultados desta pesquisa que poderão ser apresentados na forma de livros, artigos, relatórios e apresentações em eventos de âmbito local, regional, nacional e/ou internacional.

Comprometemo-nos a não ceder ou transferir sua imagem para fins que não sejam de divulgação científica, assim como a não utilizá-la em situações que impliquem em afronta à sua reputação e imagem.

Garantimos que sua imagem será divulgada somente com esta sua autorização e asseguramos que será respeitada a sua vontade de, a qualquer momento, suspender o seu uso.

Eu,.....
fui informado sobre os objetivos dos usos de minha imagem e autorizo a sua reprodução para divulgação científica²⁰

Assinatura do participante (ou do responsável, se menor):

.....

Assinatura do pesquisador:

Cidade _____, ____ de _____ de 2007.

¹⁹ Projeto financiado pelo CNPq e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM. Responsáveis: Instituto de Saúde Coletiva e Faculdade de Enfermagem / UFMT.

²⁰ Em caso de necessidade, contate a Profa. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, através do telefone (65) 3615-8881 – UFMT/Instituto de Saúde Coletiva ou pelo e-mail angsp@terra.com.br

ANEXO 3

PESQUISA: OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO

DIÁRIO DE CAMPO²¹

Destina-se ao registros de pontos importantes relacionados aos dados que o pesquisador ouviu, viu ou experienciou na fase de coleta dos dados. São realizados depois de cada observação ou entrevistas. São descrições das pessoas (aparência, estilos de fala do entrevistado, trechos de fala), objetos, lugares, acontecimentos, atividades e conversas, inclui ainda, registro de idéias, estratégias, reflexões e “insights” do pesquisador. É um relato escrito do que o pesquisador ouve, vê e pensa no processo de coleta de dados e reflexão dos dados.

NOME DA PESQUISADORA:

NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC:

EVENTO-SENTINELA:

DATAS DAS ENTREVISTAS:

1 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

2 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

3 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

4 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADO²²:

ESTADO;

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO DO ENTREVISTADO:

RUA:

NÚMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP;

TELEFONE PARA CONTATO:

²¹ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Bellato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé.

²² Se houver mais de um entrevistado repetir os mesmos dados no verso da página.

DADOS FAMILIARES: (Relacionar todas as pessoas que moram na mesma casa)

GRAU DE PARENTESCO	NOME	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ONDE O ENTREVISTADO SE ENCONTRA:

REGISTRO NA INSTITUIÇÃO:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO (segundo o diagnóstico clínico):

DATA DA HOSPITALIZAÇÃO: ____/____/____

DATA DA ALTA HOSPITALAR: ____/____/____

TEM RETORNO AMBULATORIAL MARCADO: ____/____/____

ANEXO 4

REGISTRO DOS DADOS DE OBSERVAÇÃO ²³ A observação deve focalizar o contexto e as relações dos indivíduos nos encontros sociais, bem como os aspectos estruturais e funcionais do que está sendo estudado. Observar as expressões faciais, linguagens corporais, comportamentos, tempo de silêncio, etc. OBS – Ver outros itens de observação no instrumento de transcrição da entrevista	
NOME DA PESQUISADORA: NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC: DATA DA OBSERVAÇÃO: ____/____/____ NÚMERO DA OBSERVAÇÃO:	PRIMEIRA ANÁLISE

²³ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Prof^a. Dra. Roseney Bellato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tao Maruyama com base em modelo construído pela Prof^a. Dra. Solange Pires Salomé.

ANEXO 5

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA ²⁴	
DESTACAR NO INÍCIO DA TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA: Pessoas presentes, descrição do ambiente onde foi realizada, os comportamentos não verbais (tom de voz, postura, expressões, olhares, fala, expressões corporais do entrevistado e demais presentes, as impressões do pesquisador (desconforto do participante, respostas emocionais das pessoas, acontecimentos importantes durante a entrevista, objetos que tenham chamado a atenção do pesquisador no ambiente em que aconteceu a entrevista, forma com que foram abordadas pelo entrevistador e entrevistado as questões norteadoras da pesquisa, situações constrangedoras que tenham acontecido, problemas com os equipamentos de entrevista (tempo perdido com troca de fita, falha no gravador, dificuldade no manuseio dos equipamentos, etc). É importante que logo após a transcrição sejam ressaltados pelo pesquisador na coluna “PRIMEIRA ANÁLISE” os conteúdos de destaque da entrevistas como: palavras-chave, tópicos, foco, frases empregados pelo entrevistado e que parecem dar um “tom” a entrevista, ou seja, parecem ser os temas em torno dos quais a entrevista se desenvolveu. Lembrar também de destacar em cores diferentes as falas do entrevistador e do entrevistado para facilitar a análise.	
NOME DA PESQUISADORA: NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC: DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____ ENTREVISTA: INÍCIO DA ENTREVISTA: NOME DO ENTREVISTADO: LOCAL DA ENTREVISTA:	NÚMERO DA TÉRMINO DA ENTREVISTA: PRIMEIRA ANÁLISE

²⁴ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Prof^a. Dr^a. Roseney Bellato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Prof^a. Dr^a. Solange Pires Salomé

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE IMAGEM FOTOGRÁFICA²⁶ EQUIPE DE PESQUISADORES: OBSERVADOR: ANA PAULA MUNICIPIO: SORRISO/ MT. OBSERVAÇÃO: N.º DATA: NÚMERO DA IMAGEM: PRODUZIDA POR:	
CENÁRIO	IMPRESSOES DO PESQUISADOR (Notas reflexivas do pesquisador relativas ao: método, referencial teórico e considerações pessoais)

²⁶ Instrumento elaborado com base no modelo proposto pelo Grupo da Pesquisa maior que este estudo e vincula.

APÊNDICE 3

Roteiro de Entrevista^{27 28}

“Conte-me como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde desde o seu aparecimento até a sua internação no HUIJM?”

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJETIVOS	PRESSUPOSTOS	PROVÁVEIS PERGUNTAS
O entrevistado: quem é a pessoa com diabetes mellitus?	• Conhecer a pessoa com <i>diabetes mellitus</i>. • Apreender a percepção da pessoa sobre si mesmo.	• A pessoa percepção da pessoa sobre o seu contexto de vida	• Nome, idade, sexo, profissão, cidade, estado civil, escolaridade, com quem mora, forma de contato.
Conhecimento da pessoa sobre o problema de saúde.	• Conhecer a percepção da pessoa de como é o viver com diabetes mellitus. • Identificar o nível de conhecimento sobre a sua doença. • Identificar as dificuldades relacionadas à sua doença	• A pessoa tem conhecimento sobre sua doença e prognóstico? • Como essa pessoa vivencia a cronicidade do diabetes mellitus em seu cotidiano • Como a pessoa reage diante das dificuldades ao acesso e ao tratamento nos serviços	• Há quanto tempo é diabético? • Como descobriu? • Como é viver com diabetes, cuidados usa terapia alternativas, medicação, hábitos de vida e de saúde. • Quando você procura a unidade de saúde? • Descreva os cuidados que desenvolve com as medicações, alimentação e entre outros.
Conhecimento da	• Compreender a percepção da pessoa que utiliza o SUS em busca de resolutividade para as suas necessidades de saúde	• A interação entre a pessoa doente e o profissional • Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde	• Como é o atendimento na unidade de saúde? • Como é o atendimento pelos profissionais diante da sua necessidade de saúde?

²⁷ Esta figura foi elaborada com base em: SANT’ANNA, Vera Lúcia de Albuquerque. **A entrevista no âmbito da pesquisa acadêmica: um enfoque a partir dos estudos discursivos**. Professora visitante no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FAEN/ UFMT. Aula ministrada em 28/07/2006. (mimeo).

²⁸ Esta figura também foi elaborada com base em: FREITAS, Luciana Maria de Almeida. **Espanhol para o turismo: o trabalho dos agentes de viagens**. 2004. 2002f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Instituto de Letras, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004, p. 76-77.

pessoa sobre o serviço saúde de seu município.	• Identificar as possíveis facilidades e dificuldades no acesso aos serviços de saúde em seu município. • Compreender a partir da ótica da pessoa como está sendo prestada a atenção a saúde de acordo cós princípios da integralidade e da resolutividade.	em busca de resolutividade para as necessidades de saúde.	• Como é o acesso as consultas com os profissionais da unidade de saúde? • Como funciona a rede de atenção à saúde no seu município? • Como foi o atendimento? • Como está o fornecimento dos remédios no seu município? • Quando você tem dificuldade para conseguir uma consulta, como você busca a resolução de seus problemas de saúde. • Defina o significa SUS quando você necessita de atendimento? • Quando encontra dificuldade de marcar consulta, de ter acesso ao serviço de saúde, o que você faz? • Quando precisa internar como é isso ocorre?
Conhecimento da pessoa sobre seus direitos referente à condição de diabético e como cidadã	• Identificar o conhecimento sobre o direito a saúde e de como pessoa cidadã	• A pessoa doente tem conhecimento sobre seus direitos?	• O que você sabe quais são seus direitos em relação ao SUS? • O que você sabe sobre seus direitos referente a sua doença?
Considerações finais	• Proporcionar ao entrevistado momentos para suas colocações e realizar o fechamento da entrevista	• A pessoa com <i>diabetes mellitus</i> e suas narrativas nesse processo em movimento de sua experiência de adoecimento articulando passado, presente e futuro.	• Nós discutimos uma porção de assuntos interessantes, há alguma coisa que não discutimos? • Há algo mais que você gostaria de me dizer sobre o assunto? • Lembrar na possibilidade de entrar em contato com a pessoa na sua cidade de origem.