



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Simone Roecker

**A educação para o autocuidado no diabetes mellitus
tipo 2 na estratégia saúde da família:
trabalho, percepção e vivência de agentes
comunitários de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Prof. Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino

**Botucatu
2017**

Simone Roecker

A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo
2 na estratégia saúde da família: trabalho, percepção e
vivência de agentes comunitários de saúde

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para
obtenção do título de doutora em
Saúde Coletiva.

Prof. Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Roecker, Simone.

A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 na estratégia saúde da família : trabalho, percepção e vivência de agentes comunitários de saúde / Simone Roecker. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antônio de Pádua Pithon Cyrino

Capes: 40600009

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Diabetes mellitus.
3. Educação em saúde. 4. Programa Saúde da Família (Brasil).

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Educação em saúde; Estratégia Saúde da Família.

Simone Roecker

**A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2
na estratégia saúde da família: trabalho, percepção e
vivência de agentes comunitários de saúde**

Tese apresentada ao programa de Pós-graduação em saúde coletiva da Faculdade de Medicina, de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino

Prof^a. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Prof^a. Dra. Cassia Marisa Manoel

Prof^a. Dra. Luciana Cristina Parenti

Prof^a. Dra. Rosana Cláudia de Assunção

Botucatu, 25 de agosto de 2017.

*“Você não pode ensinar nada a um homem;
você pode apenas ajudá-lo a encontrar a
resposta dentro dele mesmo”.*

(Galileu Galilei)

Aos meus queridos e amados pais

Ademar e Laura...

Papai – homem amável, guerreiro e dedicado ao trabalho e à família.

*Mamãe – mulher forte, graciosa, dedicada ao lar, ao esposo e às filhas: minha Mana
querida “Edi” e eu “Mone”.*

Amo vocês, razão da minha existência!!!

À minha avó amada – Maria Rosa (in memoriam).

Agradecimentos

A Deus, por ter me dado força e sabedoria para alcançar os objetivos e vencer essa jornada, ora enfadonha e ora hilare.

Ao meu orientador Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino pela sabedoria e oportunidade para a realização desta pesquisa.

Aos meus pais, Ademar e Laura, pelo amor, carinho, incentivo e dedicação em todos os passos desta caminhada.

À minha linda irmã Ediane e a meu cunhado João, que sempre me incentivaram e apoiaram.

A uma pessoa especial – Tiago - pelo amor, cuidado e compreensão.

A toda minha família pelo apoio e por compreenderem minha “ausência”.

Às minhas grandes e eternas amigas Caroline, Juliane, Letícia e Lilian que tornaram esta jornada possível, deixando-a mais leve e agradável. O quinteto fantástico mais magnífico que eu já conheci. Obrigada por tudo amigas, especialmente pela força.

E não poderia deixar de citar aqui o meu enorme agradecimento pelo acolhimento em suas casas em Botucatu, primeiramente a Letícia e sua mãezinha Maria (in memoriam) que me acolheram com tanto carinho em sua casa. E também a Caroline e sua querida e abençoada família – José, Cátia e Amanda - que me acolheram também em sua casa, cuidando de mim como filha. E não podia deixar de aludir a minha “avó postiça” - Antonina - que me emprestava a garagem para o carro, me chamava de neta mais velha e me acolhia com abraços calorosos em minhas idas e vindas, abençoando-me em cada viagem. Nunca vou esquecer o que fizeram por mim. A distância entre Londrina/PR e Botucatu/SP se encurtava cada vez que eu pensava que tinha vocês para me receber e me acolher com tanto zelo.

Meu carinho ainda às pessoas que me ajudaram, me ouviram e “cuidaram de mim” durante esse período de estudos densos e de turbulência: Silvio, Aline e Leda.

À “Dani” por compartilhar comigo os momentos de orientação e por vezes as angústias da pós-graduação e da construção da tese.

Aos protagonistas desta pesquisa - Agentes Comunitários de Saúde - que participaram e colaboraram, possibilitando a sua concretização.

À banca examinadora, pela disponibilidade em ler e avaliar este trabalho.

A todos os colegas, professores e técnicos administrativos do IFPR- Campus Londrina, em especial aos colegas do Departamento de Enfermagem – Adriana, Cesar, Denise, Gabrielle, Juliane, Rejane, Rosana, Rosângela, obrigada por todo apoio e por me ajudarem sempre quando precisei. Ainda, a duas grandes amigas que o IFPR me trouxe: Jackeline e Roberta, obrigada por tudo meninas, por partilhar comigo as alegrias e tristezas dessa ingreme caminhada.

Ao IFPR por ter me concedido um afastamento durante 18 meses para que este trabalho se concretizasse com mais energia e êxito.

À Lucilene e à Luciene, secretárias da Pós-graduação em Saúde Coletiva pelas informações e pela disposição em ajudar sempre.

À minha ex-professora Elizabeth Maria Lazzarotto, grande incentivadora desta caminhada acadêmica.

À Thaís Bertoluci pelos belos croquis das plantas baixas das Unidades Básicas de Saúde.

À Mônica Monte de Souza, Caroline de Barros Gomes e Esmera Fatel pelo brilhante olhar e os detalhes quanto à “forma” do meu trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Londrina pela oportunidade e permissão para a realização desta pesquisa.

E, finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram nesta jornada.

Resumo

ROECKER, S. **A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 na estratégia saúde da família: trabalho, percepção e vivência de agentes comunitários de saúde.** 162f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, 2017.

Sabe-se que as práticas nos serviços de saúde, no que tange à Educação e Comunicação, estão ainda aderidas a modelos, muitas vezes, inadequados, para lidar com a complexidade do viver com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Em geral, as ações de educação em saúde estão centradas em abordagens prescritivas baseadas na transmissão de informações para alcançar a mudança comportamental e a adesão ao tratamento. Nesse contexto, este estudo teve como objetivos: reconhecer as características do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) na educação para o autocuidado de portadores de DM2 e sua percepção a respeito deste trabalho; apreender as percepções e vivências do ACS quanto à prática de autocuidado do portador de DM2. Trata-se de uma pesquisa etnográfica desenvolvida no município de Londrina/Paraná, junto a doze ACS que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A produção dos dados foi realizada por meio de observação participante, com registro em diário de campo, ao longo de dez meses, e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados à luz dos referenciais da teoria do processo de trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves e da literatura sobre educação para o autocuidado no diabetes. Os ACS têm como trabalho nuclear a realização de visitas domiciliares (VD) orientadas para ações de educação em saúde, vigilância em saúde e de comunicação entre a UBS e o usuário. Com relação ao processo de trabalho do ACS na educação para o autocuidado no DM2, pode-se afirmar que as ações são desenvolvidas nas VD. A análise dos dados produzidos permitiu reconhecer que percebem, direta ou indiretamente, diversos obstáculos enfrentados pelos usuários em seu autocuidado. Deste conjunto de 13 obstáculos identificados, um deles associado à própria doença; onze ao próprio paciente e um à rede de apoio. Assim houve a predominância dos obstáculos para o autocuidado nos aspectos relacionados à falta de conhecimento e de aceitação da doença; dificuldades no autocuidado e autocontrole, associadas à mudança de hábitos e estilo de vida; e a interferência das questões econômicas, intelectuais e emocionais no autocuidado. Observou-se que a educação para o autocuidado no DM2 orienta-se predominantemente sobre a tríade dieta, medicamento e em menor grau sobre atividade física, além do acompanhamento sobre a realização de consultas e exames de rotina. Além dessas dimensões, alguns ACS preocupam-se com outras questões da vida. Dessa forma, caracterizamos dois perfis de atuação dos agentes junto aos portadores de DM2: ACS que cuidam do “diabetes” de forma mais prescritiva; e ACS que cuidam do “diabetes” e de outras questões da vida. A partir da análise do processo de trabalho do ACS na educação para o autocuidado no DM2, nota-se que eles se sentem coadjuvantes nesse processo, mas ainda desenvolvem, em sua maioria, ações educativas de forma prescritiva e, algumas vezes, até ameaçadora, com foco na vigilância do comportamento, ou seja, ações baseadas na norma médica. O trabalho do ACS no apoio ao autocuidado é uma prática relevante e deve ser mais valorizada pela equipe e pelos próprios agentes. A mesma pode ser aprimorada, mediante uma abordagem mais voltada a reconhecer, partilhar e apoiar os usuários em seus obstáculos ao autocuidado, bem como na supervisão e capacitação dos ACS para que possam desenvolver uma abordagem que fortaleça o usuário em sua autonomia e no reconhecimento de suas necessidades não só clínicas, mas também aquelas psicossociais.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

ROECKER, S. **Education for self-care in type 2 diabetes mellitus in family health strategy: community health agents' work, perception and experience.** 162f. Thesis (PhD in Collective Health) - Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Botucatu, 2017.

Practices in health services, concerning Education and Communication, are still attached to models that are often considered inadequate to be used with individuals who face the complexity of living with type 2 diabetes mellitus (DM2). In general, health education actions are focused on prescriptive approaches based on the communication of information in order to achieve behavioral change and adherence to treatment. In this context, this study aimed to: recognize the characteristics of the work carried out by the community health agent (CHA), in educating patients with DM2 for self-care, as well as their own perception about that work; to understand the perceptions and experiences of the CHA regarding the practice of self-care for patients with DM2. This is an ethnographic research developed in the city of Londrina / Paraná, and carried out with twelve CHAs that work in the Family Health Strategy (FHS), in two Health Centers (HC). The data were collected through active observation, which also included a daily field record over a ten-month period, and a semi-structured interview. The data were analyzed in light of Mendes-Gonçalves theory of health work process and the literature on education for self-care in diabetes. The CHA's main role is to visit patients' homes. Those visits are meant to guide the actions of health education, health surveillance and the communication between the Health Centers and the service user. With regard to the work performed by the CHAs in the education for the self-care of patients with DM2, we can affirm that the actions are developed in those visits. Through the analysis of the data collected, it was possible to notice that the agents perceive, directly or indirectly, several obstacles faced by the users in their self-care. Among the 13 obstacles identified, one was associated with the disease itself, eleven to the patient and one to the support network. Thus, obstacles to self-care were predominant in aspects related to lack of knowledge and acceptance of the disease; difficulties in self-care and self-control associated with changes in habits and lifestyle; and the influence of economic, intellectual and emotional issues in self-care. It was observed that education for self-care in DM2 is oriented predominantly on the triad diet, on medication and, to a lesser degree, on physical activity, as well as follow-up on routine appointments with doctors and exams. In addition to these issues, some CHAs are also concerned with other life issues. Therefore, we characterized two profiles of agents who act together with the DM2: CHAs who take care of "diabetes" in a more prescriptive way; and CHAs who care for "diabetes" and other life issues. From the analysis of the work performed by CHAs in the education for the self-care in DM2, it is possible to notice that they feel they are part of this process. CHAs also feel that most of the time, they develop educational actions in a prescriptive and sometimes even threatening way, concerning behavioral surveillance, that is, actions based on medical standards. The work of the CHAs in supporting self-care is a relevant practice and should be more valued by the staff and the agents themselves. That practice can be improved through a more focused approach to recognize, support and sympathize with users in their obstacles to self-care, as well as to supervise and train the CHAs. As a result, CHAs can develop an approach that strengthens the user in their autonomy and recognition of their needs not only clinical, but also psychosocial.

Keywords: Community Health Agents; Self-care; Diabetes Mellitus; Health Education; Family Health Strategy.

Lista de Quadros

Quadro 01 - Atribuições dos ACS junto a pacientes diabéticos preconizadas pelo MS no caderno de DM e no guia do ACS e pelo município de Londrina. Londrina, 2016.....	43
Quadro 02 - Atribuições cotidianas do ACS na ESF. Londrina, 2016.....	84
Quadro 03 - Roteiro de perguntas comumente feitas por ACS a pacientes com DM2 nas visitas domiciliares. Londrina, 2016	117
Quadro 04 – Obstáculos ao autocuidado e autocontrole no DM2 segundo a percepção dos ACS	119

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
ACE	Agente(s) de Combate a Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNCT	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIC	Formação Inicial e Continuada
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U	Unidades internacionais
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
VD	Visita(s) Domiciliar(es)

Sumário

O DESPERTAR PARA O TEMA.....	16
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	23
1.1 O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família	23
1.2 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde	29
1.3 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação para o Autocuidado no Diabetes Mellitus Tipo 2	39
CAPÍTULO 2 – CAMINHO PERCORRIDO	46
2.1 A Pesquisa Etnográfica.....	46
2.2 O Campo da Pesquisa	47
2.3 Etapas da Pesquisa e o Trabalho de Campo	51
2.4 Os Procedimentos de Análise	55
2.5 Os Procedimentos Éticos	56
CAPÍTULO 3 – O CAMPO DE PESQUISA: DO ABSTRATO AO CONCRETO	57
3.1 Do Familiar ao Exótico.....	57
3.2 Do Formal ao Informal: da ética em pesquisa à ética das relações	59
3.3 Da Unidade de Saúde às Residências	60
3.4 Refletindo Sobre os Dilemas e Desafios	62
CAPÍTULO 4 - A TEORIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	72
CAPÍTULO 5 – O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	81
5.1 Conhecendo os Agentes Comunitários de Saúde	81
5.2 O Agente Comunitário de Saúde em Ação.....	83
5.3 O Ser, o Saber e o Fazer do Agente Comunitário de Saúde.....	89
5.4 O Agente Comunitário de Saúde em Ação com Pessoas que Vivem com Diabetes.....	108

5.5 Os Obstáculos ao Autocuidado Para Quem Vive com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Perspectiva do Agente Comunitário de Saúde	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES	155
ANEXOS	159

O DESPERTAR PARA O TEMA

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale)

Nasci e cresci em uma cidade pequena no interior do Paraná, de apenas 12 mil habitantes. Quando adolescente, comecei a pensar sobre o que faria em minha vida e, aos 17 anos, quando prestei os vestibulares, havia escolhido a Enfermagem.

Tenho que dizer que muitos duvidaram dessa escolha, em especial o meu pai que me perguntou: você tem certeza disso? Pois eu era e sempre fui muito medrosa para as questões que, geralmente, as pessoas não gostam muito, como tomar vacinas, coletar sangue para exames e outros milhares de procedimentos que nos causam certa angústia e sofrimento.

Minha inspiração para essa grande jornada, tenho que confessar, veio muito de minha avó materna – Maria Rosa - que faleceu em setembro de 2004, no ano em que ingressei na Universidade. Lembro-me bem o quanto eu a amava e cuidava, ela era diabética com problemas renais, com amputações de dedos em ambos os pés e faleceu em casa de infarto. Eu dormia muitas noites com ela e, pelas manhãs, antes de ir para a escola, preparava o seu café e aplicava a insulina. Já à noite, quando eu retornava para a casa dela, para dormir e cuidar, novamente aplicava a insulina.

Assim passaram-se muitos meses, eu cuidava dela com amor e ela admirava meu cuidado e dizia: “nossa, que mãozinha leve, nem sinto a agulhada”.

Não sei se só pela experiência pessoal ou também por admirar muito as pessoas que trabalham na área e doam parte de suas vidas a outras pessoas, eu decidi que faria Enfermagem.

Não posso negar, tive dificuldades, mas nunca pensei em desistir. Fui morar longe de casa aos 17 anos, quando iniciei o curso. Este era o meu sonho, morar em Cascavel/PR para cursar a Universidade. Lá fiquei por cinco anos.

Quase ao término do curso, eu e minha grande amiga de turma Tatiane Baratieri, com o apoio de nossa querida professora e orientadora do Trabalho de Conclusão de curso (TCC), Elizabeth Maria Lazzaroto, decidimos prestar provas para o mestrado já no finalzinho da graduação e juntas demos mais esse passo. Mudamo-nos já em janeiro de 2009 para Maringá/PR e começamos o tão esperado “Mestrado”. Foram dois anos muito intensos, de estudo, dedicação, sofrimento e saudades.

Ao terminar o mestrado, tínhamos que nos separar, não é amiga.... No entanto, bons acontecimentos estariam em nossos caminhos. Voltei a trabalhar como professora temporária na Universidade onde me graduei, fato que muito me orgulha. Permaneci lá por sete meses, até ser convocada para o meu grande sonho: docente do Instituto Federal do Paraná (IFPR), dessa vez em Londrina/PR.

Após dois anos morando em Londrina e atuando como docente, comecei a planejar o sonhado “Doutorado”, visto que a meta acadêmica era finalizar o curso aos 30 anos de idade.

A escolha pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva se deve ao fato de ser a minha paixão dentro da Enfermagem e por ter também dois anjos, que são meus amigos e colegas de trabalho, César e Rosana, que estavam em fase de conclusão do doutorado em Saúde Coletiva na UNESP e que me incentivaram muito e elogiaram o programa.

Foi então que me encorajei e resolvi fazer a seleção para o doutorado. Não se pode esquecer de que, em nossa vida, há o encaminhamento de Deus e acredito que de minha avó querida também. Sem saber ao certo o foco que daria à Educação em Saúde, temática que pretendia continuar estudando, resolvi fazer contato por e-mail com o professor Antônio Cyrino, docente no Programa de Saúde Coletiva da UNESP de Botucatu e que trabalha temáticas que me chamaram atenção.

Após o contato por e-mail, estabelecemos alguns momentos de conversa via *Skype* e iniciamos os trabalhos em maio de 2013. Sendo assim, busquei proficiência e iniciei o projeto. Lembro-me que nas minhas férias de julho eu, na casa dos meus pais, durante alguns dias, fiquei no computador juntando as minhas ideias e as ideias que o professor Antônio havia me passado e inspirado.

Mais uma vez, eu estava me propondo a escrever e estudar a Educação em Saúde, dessa vez com profissionais que atuam junto a pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Era a concretização de um projeto, aliado às experiências e aos sonhos de uma vida.

Hoje estou apresentando a todos os resultados de uma etnografia, contando diversas histórias de trabalho, percepção e vivência de agentes comunitários de saúde, e falando sobre a educação para o autocuidado junto a pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2.

A partir desse recorte tão pessoal que apresentei a vocês, leitores, tento deixar também algumas contribuições para a área da Saúde Coletiva, em especial, e com muito carinho, sobre a Educação em Saúde. Ainda espero aplicar muito dos conhecimentos adquiridos durante esses anos de estudo em meu trabalho como docente, educadora e enfermeira.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atingem milhões de pessoas, ameaçando o desenvolvimento econômico e social e trazendo impactos à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007). Elas caracterizam-se pelos seus múltiplos fatores de risco e curso prolongado, sendo associadas a diversas incapacidades (BRASIL, 2005). As condições crônicas correspondem a 60% das doenças presentes no mundo, sendo que as previsões para o ano de 2020 apontam para um aumento de 20% dessas cifras nos países em desenvolvimento (SCHIMIDT et al., 2001).

No Brasil, a incidência das DCNT vem aumentando, dentre as quais se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (BRASIL, 2006b).

O DM é uma doença caracterizada nomeadamente por disfunção do metabolismo da glicose. A hiperglicemia associada com a deficiência de insulina (total, parcial ou relativa, quando há resistência à insulina) é o elemento comum a todas as formas da doença. As duas formas mais difundidas são DM tipo 1 (que, em geral, afeta crianças e adolescentes) e DM tipo 2 (que geralmente se desenvolve após a idade de 40 anos), sendo o último o responsável por cerca de 90% dos casos de diabetes. A prevalência de DM tipo 2 (DM2) tem aumentado significativamente em muitos países do mundo por causa do envelhecimento da população, o aumento do peso médio e sedentarismo. Essa é uma consequência da mudança nos padrões de vida nas grandes cidades, entre outros fatores condicionantes (SCHERWIN, 2005).

As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabéticas. Por isso a detecção de retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético deve ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso (BRASIL, 2013).

A cronicidade do DM, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam-no uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Desse modo, os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos não mensuráveis como dor, ansiedade, redução da qualidade de vida também apresentam grande

impacto na vida das pessoas com DM e seus familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No mundo inteiro a prevalência do DM aumenta exponencialmente e afeta mais de 171 milhões de pessoas e a previsão é de que esse número alcance 366 milhões em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O DM é considerado uma das maiores ameaças para a Saúde Pública em nível mundial e está se agravando rapidamente, tendo seu maior impacto em adultos em idade produtiva. Em nível mundial, a cada ano 3,2 milhões de mortes são atribuídas ao DM e uma em cada dez mortes de adultos na faixa etária de 35 a 64 anos é atribuída ao DM. Além disso, tem se tornado uma das maiores causas de enfermidade e morte precoce, devido, principalmente, ao aumento do risco de enfermidades cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Observa-se que em poucos anos a prevalência do DM tem aumentado de forma preocupante no Brasil. O único estudo de abrangência nacional, realizado em nove capitais brasileiras, indicou uma prevalência de 7,6% de diabetes mellitus na população de 30 a 69 anos (MALERBI; FRANCO, 1992). Em Ribeirão Preto, a prevalência de DM foi de 12,1% (TORQUATO et al., 2003). Outro estudo mais recente, em Ribeirão Preto, mostrou uma prevalência de aproximadamente 15% (MORAES et al., 2010). Em Londrina, campo deste estudo, dados de 2012 mostraram prevalência de 5,1% do total da população (LONDRINA, 2012).

Nesse contexto, é necessário que as práticas de controle do DM incluam ações de promoção à saúde, para reduzir sua incidência e prevalência, e de prevenção de suas complicações, o que também requer uma adequada linha de cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No nível primário de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se apoia em práticas de cuidado que podem ampliar a qualidade da atenção e, conseqüentemente, do controle alcançado pelas pessoas que vivem com DM¹, se consideramos a importante expansão alcançada desde sua implantação no país.

As diretrizes operacionais da ESF estão orientadas para: um trabalho centrado na promoção à saúde e prevenção de doenças em indivíduos, famílias e comunidade; uma oferta organizada e integral da atenção que busca alcançar um impacto na saúde da comunidade que

¹ Ressalta-se que para se referir ao termo “pessoa que vive com diabetes” utilizaram-se algumas expressões unívocas como: pessoa(s) com diabetes, pessoa(s) portadora(s) de diabetes, portador(es) de diabetes, paciente(s) diabético(s), usuário(s) com diabetes, diabético(s).

vive no território de sua abrangência; e, por fim, no trabalho em equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (TRAD; BASTOS, 1998; BRASIL, 2001).

Nesta equipe, cabe destacar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) por se constituírem em novos atores nos cenários da atenção primária à saúde (GIOVANELLA, 2008). Dentre as atribuições do ACS destaca-se seu papel de orientação das pessoas e famílias, dada sua proximidade com a comunidade (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012). Nessa esfera de atribuições o ACS tem um importante papel no apoio ao autocuidado² das pessoas que vivem com diabetes, objeto deste estudo.

É sobre o cotidiano desse profissional junto às pessoas com DM que vamos buscar reconhecer o trabalho, a percepção e a vivência do ACS na educação para o autocuidado de pacientes com DM2.

A escolha do objeto dessa pesquisa foi motivada pela importância que se observa no trabalho do ACS nas equipes de Saúde da Família (SF), pela riqueza do seu trabalho junto à comunidade, devido especialmente à proximidade, e o seu papel de educador. A relação próxima do ACS com os portadores de DM2 constitui o espaço para o desenvolvimento de práticas educativas que estimulem o autocuidado e empoderem os indivíduos adoecidos, não apenas baseado na ideia de que o conhecimento técnico-científico é “suficiente”.

Embora haja diversos estudos já publicados sobre a prática dos profissionais da equipe da ESF na educação para o autocuidado de pacientes com DM2 (DAVID; TORRES; REIS, 2012; SANTOS; TORRES, 2012; TORRES et al., 2010; TORRES et al., 2011; TORRES, 2012; TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011; TORRES; ROQUE; NUNES, 2011; TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014), chama a atenção a ausência de estudos que abordem tal prática entre os ACS. Como veremos no capítulo um, em revisão realizada sobre a prática educativa de agentes comunitários, não identificamos nenhum estudo que trate especificamente do trabalho na educação para o autocuidado com o DM.

Desse modo, este estudo busca também ampliar o conhecimento sobre o trabalho do ACS a fim de subsidiar a construção futura de ferramentas que apoiem o trabalho dos ACS no desenvolvimento de ações de educação para o autocuidado em DM2, na expectativa de contribuir para a qualificação da atenção no âmbito da ESF.

² O autocuidado envolve um “conjunto de atividades que envolvem práticas corporais, dietéticas, terapêuticas etc., realizadas pelo próprio indivíduo para promover sua saúde, prevenir e controlar doenças e restaurar a saúde” (CYRINO, 2009, p. 24).

São, portanto, objetivos deste estudo:

- Analisar o processo de trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família;
- Reconhecer as características do trabalho do agente comunitário de saúde na educação para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 e sua percepção a respeito deste trabalho;
- Apreender as percepções e vivências do agente comunitário de saúde quanto à prática de autocuidado do portador de diabetes mellitus tipo 2;
- Apreender as práticas educativas desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde em relação às pessoas que vivem com diabetes mellitus tipo 2.

Este trabalho está organizado, deste ponto em diante, em seis partes, conforme segue: No primeiro capítulo produzimos uma revisão do ACS na ESF, nas práticas educativas, além da educação no diabetes. No segundo capítulo apresentamos a metodologia desenvolvida, descrevendo a pesquisa etnográfica, o campo da pesquisa e suas etapas, além dos procedimentos éticos e de análise dos dados.

No terceiro capítulo mostramos a experiência no campo de pesquisa, os primeiros passos e os desafios desta etnografia. Já no capítulo 4, fazemos uma descrição da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves que embasou a análise.

No Capítulo 5, por fim, trazemos o trabalho do ACS, tendo como atividade nuclear as visitas domiciliares e apresentando de forma geral o que chamamos de o ser, o saber e o fazer do agente. E no que tange à educação para o autocuidado no DM2, procuramos explicitar o processo de trabalho deste profissional, detalhando os obstáculos para o autocuidado segundo a percepção dos ACS e os perfis de atuação. Em seguida, apresentamos algumas considerações pertinentes ao estudo.

CAPÍTULO 1 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.1 O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família

Salienta-se que no Brasil a APS vem se organizando de diversas maneiras, sendo que a partir da década de 1990 passou a ser executada por meio da “Saúde da Família”. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi formulado e implantado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, como uma iniciativa de reorganização da APS, em período inicial de desenvolvimento do SUS. No primeiro documento produzido pelo MS, o PSF teve como orientação os seguintes princípios: proteção e promoção da saúde, adscrição de clientela, equipe de saúde (com agente comunitário de saúde), atenção integral e participação comunitária. Definia que a atenção integral a ser oferecida às famílias deveria articular atenção à demanda espontânea com a oferta “organizada a partir de prioridades epidemiológicas” (BRASIL, 1994, p. 8).

Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente pelo programa possuir tempo determinado e a estratégia ser permanente e contínua, então passou a ser denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a).

Estratégia que foi planejada incorporando o conhecimento gerado nas experiências internacionais de sistemas de saúde fundamentados na atenção primária e nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata, tendo como princípios o acesso universal, o cuidado integral e longitudinal junto às comunidades e seu contexto social (HARZHEIM et al., 2013), além de buscar consolidar os princípios do SUS e reorientar o foco da prática assistencial para a “família” em seu ambiente físico e social e ainda ampliar a rede de serviços desse nível assistencial (SILVA; BAITILO, FRACOLLI, 2015).

A SF se caracteriza como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, publicada em 04 de Março de 2008 (BRASIL, 2008). Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de

2011 e redefinidos pela Portaria nº 3.124 de dezembro de 2012, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de ESF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b).

Desse modo, o trabalho de equipes de saúde da família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular da comunidade, pois a ESF trata, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos ACS, e dispõe as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e da comunidade (COSTA et al., 2009).

Salienta-se que o trabalho na ESF é desenvolvido por meio de uma equipe mínima multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e ACS. Essa equipe assume o “desafio da atenção continuada resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população” (BRASIL, 2002b, p. 11). Atribui-se à ESF a função de prestar atendimento no primeiro nível de atenção à saúde, ampliando a cobertura e acesso da população.

Essa atuação mais próxima da comunidade recai sobre a Equipe de Saúde da Família e, nessa aproximação, com inúmeras incumbências que incluem a identificação de riscos e o estabelecimento de pontes entre unidades de saúde e comunidades, destaca-se o trabalho do ACS.

Relembrando um pouco da história, os primeiros relatos sobre o papel de “agentes de Saúde” no Brasil datam de 1976. Mas foi em 1987 que teve origem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Estado do Ceará. O Programa ocorreu como estratégia de melhoria das condições de saúde da população de 118 municípios do sertão do Ceará. Essa estratégia objetivou criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil e materna e aumentar o índice de aleitamento materno priorizando, portanto, a realização de ações de saúde da mulher e da criança (ÁVILA, 2011).

Já em 1991, concomitantemente à implantação do SUS, criou-se o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Esse Programa teve a sua implantação devido à significativa contribuição do ACS em ações de prevenção da saúde e à redução da

morbimortalidade no país, sendo implantado inicialmente nas regiões Nordeste e Norte (SILVA, 2001).

O principal objetivo desses Programas, intermediado pelos ACS, era despertar a capacidade da população de cuidar de sua saúde e ainda aproximar a comunidade dos serviços de saúde (SILVA, 2001).

A partir da implantação do PNACS foram definidos os critérios para a seleção, treinamento dos ACS, além da definição de suas atribuições junto à comunidade. Então, em 1992, passou a ser chamado de PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde - já contava com mais de 30.000 ACS e atendia estados das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste do país (SILVA, 2001). A partir de 1994, os ACS passam a integrar também o PSF.

Em 18 de dezembro de 1997, por meio da Portaria GM/MS nº1886, foram aprovadas as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF, segundo as quais o MS prioriza esses programas e estimula a sua expansão, além de reconhecê-los como importantes estratégias para aprimorar e consolidar o SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997).

Em relação às diretrizes para o exercício das atividades dos ACS, foram inicialmente fixadas pelo Decreto Federal nº 3189 de quatro de outubro de 1999. Nesse decreto, as atribuições dos ACS são: atividades de diagnóstico demográfico e sócio cultural, atividades de educação para a saúde individual e coletiva, realização de VD para monitorar as situações de risco, estímulo à participação comunitária com as políticas públicas e promoção de ações que fortaleçam os elos entre a saúde e outras políticas públicas (BRASIL, 1999).

Dessa forma, para a reorganização do sistema de saúde, a APS atende aos grupos populacionais de uma área geográfica de abrangência no território. Organizada por meio da integração entre unidades de saúde e a comunidade, a APS possui UBS com e sem a ESF (BRASIL, 2012b). A ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS e tem como foco a saúde da família de forma integral (SCOREL et al., 2007).

Entender a inserção do ACS como “profissional” na equipe de Saúde da Família é tarefa complexa. Para tanto, analisemos primeiro os conceitos de “ocupação” e “profissão”.

O termo profissão é definido como atividade especializada que gera meios de subsistência para quem o exerce (FERREIRA, 1993). Assim o termo “profissional” é reservado para as profissões ditas sábias, aquelas que necessitam de formação universitária e, desse modo, se distingue de “ocupação”, sendo esse considerado o conjunto de empregos (FRANZOI, 2008).

Essas terminologias vêm sendo discutidas em todos os tempos, trata-se de uma disputa de poder dentro das sociedades que se configura numa luta ideológica pela classificação e hierarquização (FRANZOI, 2008). Assim, “a educação formal requerida para o emprego em determinadas posições distingue as profissões de ocupações” (FREIDSON, 1998 apud FRANZOI, 2008, p. 330).

O auto reconhecimento como “profissionais” ocorre na medida em que cada trabalhador se identifica com determinado grupo, o qual considera seus saberes e seu trabalho úteis socialmente (FRANZOI, 2006).

Ao observar a formalização da “profissão” ou “ocupação” de ACS temos, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), organizado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, cadastrada a ocupação descrita como Agente Comunitário de Saúde, com o código 515105 na classificação geral de “Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde” (código 5151), dentre as quais se incluem ocupações como parteira leiga, visitador sanitário, agente indígena de saúde etc. (BRASIL, 2017).

No ano de 2002, a profissão foi regulamentada pela Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, exigindo o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de ACS, cujo conteúdo ficava a cargo do MS. Essa profissão se refere especificamente ao âmbito do SUS – no PACS e PSF – apesar da existência de agentes de saúde remontar há décadas. Foi definido que a profissão se caracteriza pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas. Dentre suas várias atribuições, o ACS deve residir na comunidade onde atua e é esperado que seja um elo mediador entre serviços de saúde e comunidade (BRASIL, 2002a).

Atualmente o governo federal, no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) do Ministério da Educação, oferece, por meio de diversas instituições, a formação para ACS em duas modalidades: Cursos de Qualificação Profissional no formato FIC (Formação Inicial e Continuada) intitulado “Agente Comunitário de Saúde”, de 400 horas com duração de três a seis meses e exigência de ensino fundamental completo e no mínimo 18 anos (BRASIL, 2016a); e curso técnico profissionalizante denominado “Técnico em Agente Comunitário de Saúde”, de 1200 horas com duração de um a três anos, para o qual é exigido o ensino médio completo, ambos dentro do eixo ambiente e saúde (BRASIL, 2016b).

Para tanto, a partir dos documentos oficiais do MS e da legislação atual, estaremos denominando no decorrer de todo o texto o ACS como “profissional” e membro da equipe de Saúde da Família.

O manual da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do MS de 2012 (BRASIL, 2012c) define como atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Sendo o ACS integrante da equipe de Saúde da Família, a sua principal atividade é a realização de VD e essas são reconhecidas como uma prática de inquestionável importância no descobrimento e abordagem de problemas, no diagnóstico, na busca ativa, prevenção de agravos e promoção da saúde da população (MANO, 2009), uma vez que a família é a unidade de cuidado e a perspectiva que conduz o trabalho da ESF (SILVA, 2009).

A VD, dessa forma, é um trabalho de interesse para caminhar em direção à promoção da saúde de forma mais ampliada, aonde se vai ao domicílio independente de fatores agravantes, no sentido de conhecer a família, ou avaliá-los periodicamente, além de manter a equipe informada sobre a situação da comunidade adscrita. Isso talvez permita ao profissional

voltar-se para ações focadas na prevenção e detecção precoce de seus problemas (SILVA, 2009).

No âmbito do trabalho do ACS, é necessário, entre outros aspectos, a prática comunicativa desses profissionais. As atribuições dos ACS exigem uma liderança natural na comunidade (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007). Para isso a comunicação pode ser percebida de diferentes modos e cada modo determina um entendimento da relação entre pessoas, logo implicam diferentes formas de entender e intervir na realidade. Os ACS são mediadores na ampla e dinâmica rede de comunicação sobre a saúde. Quando preparados para o trabalho podem agregar qualidade ao mesmo e fomentar comunicação com a comunidade, desde que não se limitem a repetir a fala técnica dos profissionais (ARAÚJO, 2007).

Os ACS enfrentam o desafio de converter a informação em saúde em algo relevante, interessante e compreensível pelas pessoas e que leve em consideração o que estas pessoas já sabem sobre o assunto em pauta. Assim a comunicação em saúde tem forte dimensão de educação e seu objetivo é estabelecer um debate sobre um determinado tema, oferecendo às pessoas informações suficientes para a tomada de decisões pessoais e ampliar sua participação nas políticas públicas de saúde. A comunicação deve garantir espaços para várias vozes, desenvolvendo uma escuta atenta ao que elas dizem. A possibilidade de falar e ser ouvido, de ter acesso à informação sobre sua saúde e sobre todos os aspectos determinantes da qualidade dessa saúde está muito relacionado com a possibilidade de ter saúde. O ACS pode ser este canal de escuta ou um facilitador do acesso à comunicação, já que é ele que tem mais potencial para perceber as necessidades de comunicação e informação da sua comunidade. Entretanto desempenhar este papel de tradutor não é fácil (ESPINHO, 2011, p. 53).

Dessa forma, o papel do ACS nesse cenário como mediador na interlocução com a comunidade exigirá uma linguagem acessível. E para que ela ocorra de forma efetiva é preciso que a informação seja criada, circule entre os interlocutores e depois sofra a apropriação por cada um deles. O processo de comunicação, como um direito à saúde, envolve a empatia, a interação e aceitação entre os ACS e a comunidade, além de envolver conhecimentos prévios, sentimentos e opiniões (ARAÚJO, 2007).

Nesse sentido, os ACS devem estar capacitados e possuir conhecimentos acerca do processo saúde-doença, aliando, além do foco biomédico, outros saberes que o habilitem no processo de interação com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades e que sejam capazes de promover uma assistência em saúde efetiva (NUNES et al., 2002).

O fato de estarmos investigando o trabalho dos ACS na ESF, com o foco no autocuidado em portadores de DM2, tem grande relevância para este trabalho devido,

principalmente, à ascensão dessa doença e as suas repercussões econômicas e sociais, sendo assim uma das prioridades do MS.

A ESF tem papel fundamental na prevenção primária e detecção precoce do DM2, assim como no acompanhamento desses pacientes. O ACS tem acesso em praticamente todos os domicílios e, estando capacitado, pode participar ativamente ajudando na identificação de pacientes com maior risco para a doença, além de viabilizar o acesso para a avaliação médica ou de enfermagem quando indicado. Pode, ainda, contribuir com os cuidados necessários para os portadores de DM2, com orientações sobre as necessidades de cada paciente, especialmente relacionadas à dieta alimentar e ao uso de medicamentos. Essa atuação é facilitada pela proposta do trabalho em equipe atuando dentro do território e pelas ações dos enfermeiros de avaliação e acompanhamento dos casos de diabéticos e o atendimento de suas necessidades, sejam elas na unidade ou no domicílio.

1.2 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde³

Educação em saúde pode ser entendida como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p.210).

As ações de educação em saúde estão diretamente relacionadas a conhecimento e comportamento, onde se acredita que o indivíduo que recebe informações dos profissionais de saúde irá segui-las, ou seja, fará adesão às normas e prescrições (CYRINO, 2009).

Nesse sentido, “o objeto tradicional da educação em saúde tem sido, em última instância, o de alterar positivamente conhecimentos, esperando que estes alterem de mesmo modo e em mesmo grau as atitudes e os comportamentos” dos indivíduos em relação à sua saúde (DOWIE et al., 1996; TONES et al., 1991 apud CYRINO, 2009, p. 35).

A educação em saúde se constitui um espaço de trocas simbólicas, que transcende e supera a transmissão de conhecimento de forma normativa e coercitiva baseada na intervenção social. Assim, no processo educativo, ressalta-se o quanto é importante conhecer o ser humano, contar com este e entender a sua lógica própria de pensamento e ação

³ Ressalta-se que para se referir ao termo educação em saúde utilizaram-se algumas expressões unívocas como: trabalho educativo, ação(s) educativa(s), prática(s) educativa(s) e atividade(s) educativa(s).

(BRICEÑO-LEÓN, 1996). Nessa perspectiva, é importante ampliar as ações de educação em saúde com o intuito de não as desenvolver por meio de estratégias persuasivas, que visem apenas à mudança de comportamento das pessoas, mas sim a sua conscientização acerca dos seus direitos sociais e os meios de se obter e manter a saúde.

A conversa é uma prática que reflete uma ação concreta. A qual pode ser vista por meio de todo ato que produza um resultado ao paciente, desde a realização de um procedimento que por meio de uma técnica proporciona seu bem-estar, bem como uma prática educativa que colabora com a conscientização do usuário na condução de suas necessidades. Dessa forma, a conversa/orientação faz-se produtora de uma realidade em ação, ou seja, torna-se uma realidade educativa no trabalho vivo em ato (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

Na educação em saúde, as ações de promoção da saúde visam intervir nas condições de vida das pessoas com o objetivo de auxiliá-las na tomada de decisão em direção à qualidade de vida e à saúde. Já as práticas educativas de cunho preventivo objetivam detectar e controlar os fatores de risco a fim de evitar as doenças (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

Acredita-se que a partir das várias abordagens existentes sobre a educação em saúde, esta pode ser definida por meio de dois modelos distintos: o “modelo preventivo”, também denominado como “educação tradicional em saúde” e o “modelo de promoção da saúde”, também denominado de “educação dialógica em saúde” (OLIVEIRA, 2005, grifo nosso).

Considerando a educação tradicional, as práticas envolvem a transmissão de conhecimentos de alguém que detém o saber para alguém que não sabe. Já a educação dialógica, difundida atualmente, prevê ações de educação em saúde que visam desenvolver nas pessoas a corresponsabilização por sua saúde e pela saúde da sua comunidade (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Logo, o modelo tradicional ainda tem embasado as ações educativas dos profissionais nos serviços de saúde, mas este é até hoje bastante questionado com base em sua efetividade. Assim, o modelo dialógico constitui um grande desafio para a prática educativa dos profissionais de saúde. Dessa forma, o que ocorre normalmente é uma mescla dos dois modelos educativos na tentativa de superação do tradicional (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

O modelo educativo dialógico está baseado no princípio de que o usuário, por intermédio da compreensão das informações fornecidas pelos serviços de saúde, faça livremente as suas escolhas, ao profissional cabe informar, examinar e esclarecer as crenças e

os valores aos usuários. Na avaliação da efetividade do aspecto educativo, é considerado o grau de entendimento que o usuário tem da situação e não somente a mudança de comportamento, pois esse enfoque busca as origens dos problemas de saúde nos fatores sociais, econômicos e políticos e a sua meta é gerar consciência pública dos indivíduos sobre os interesses, principalmente de ordem econômica, que interferem nas condições de saúde da população (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Sendo a ESF um espaço de participação da população, deve-se promover uma nova relação entre os sujeitos, em que tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde. Esse envolvimento só é possível mediante um processo de diálogo entre os saberes, no qual um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano. Remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho, pois a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da ESF (COSTA et al., 2009).

Muitos estudos apoiam a educação em saúde como instrumento de apoio para a terapêutica de pessoas com doenças crônicas. Assim, alguns autores consideram que atividades educativas e VD são fundamentais, pois os interessados podem questionar e sanar suas dúvidas. Então a educação em saúde dialógica pode contribuir com os pacientes portadores de doença crônica ajudando-os ou motivando-os a conviver com sua enfermidade de maneira participativa e emancipatória (MANTOVANI; MOTTIN; RODRIGUES, 2007).

Nesse contexto, diversos estudos foram realizados a fim de analisar o trabalho do ACS na educação em saúde. Mas ressalta-se que não foram encontrados estudos que tratam do trabalho de educação em saúde dos ACS no autocuidado em DM2. Para tanto, considerou-se oportuno identificar na literatura nacional e internacional as evidências disponíveis sobre o trabalho do ACS na educação em saúde.

Baseado nesse contexto, como parte deste estudo, realizou-se revisão da literatura com o objetivo de identificar as concepções, ações e estratégias de educação em saúde voltados à prática do ACS. Para tanto, realizou-se uma busca sistematizada nas bases de dados SciELO, BVS e PubMed, nos últimos dez anos, anteriores a março de 2016.

Salienta-se que foram analisados artigos de diversos países que tratam do trabalho de educação em saúde do agente comunitário de saúde. Para tanto não foi analisado o “tipo” de trabalho do ACS, ou seja, se ele é remunerado ou voluntário, se ele atua em um sistema de saúde público ou privado, se ele é membro de uma equipe multiprofissional ou vinculado a

algum programa de saúde, mas sim as suas concepções, ações e estratégias educativas junto a uma determinada população.

Quanto à origem dos estudos (25), verificou-se que provêm dos seguintes países, segundo regiões do globo: América do Norte (três nos EUA); América Central (dois na Guatemala); América do Sul (oito no Brasil e um na Colômbia); Ásia (um na Indonésia, um no Irã, um na Índia); Europa (um na Irlanda); África (dois em Uganda, um em Serra Leoa, um no Egito, um no Vietnã, um no Quênia e um na África do Sul).

Para a apresentação, os estudos foram classificados em cinco categorias empíricas: I) Concepções e representações sociais da educação em saúde para o ACS; II) Ações educativas do ACS frente às doenças crônicas; III) Ações educativas do ACS frente às doenças agudas; IV) Ações educativas do ACS na saúde materna, neonatal e infantil; V) A práxis do ACS: atribuições, formação/capacitação e estratégias para o trabalho educativo. Essa categorização foi executada de forma mutuamente excludente, contudo é importante informar que a inclusão em uma categoria significa ênfase em determinado tema e não a abordagem exclusiva do estudo. Além disso, foram feitas algumas aproximações e discussões com outras literaturas produzidas no âmbito dessa temática.

I) Concepções e representações sociais da educação em saúde para o ACS

É possível observar que no cotidiano do trabalho educativo dos profissionais de saúde há uma sobreposição das ações vinculadas ao modelo biomédico e prescritivo de educação em saúde em relação ao dialógico, fato que provavelmente esteja relacionado com as dificuldades e as barreiras que precisam ser perpassadas para se colocar em prática os preceitos inovadores da educação em saúde (ROECKER; MARCON, 2011), que abrange o empoderamento, a autonomia, a gestão participativa e o controle social dos indivíduos (CYRINO, 2009).

No cenário da saúde atual, nota-se, empiricamente, que a prática educativa está centrada nas pessoas doentes ou naquelas suscetíveis a alterações no seu estado de saúde, uma vez que o profissional direciona suas ações para indivíduos que procuram os serviços de saúde devido à possibilidade da existência de alguma doença (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Com base nos estudos analisados, o ACS, trabalhador da atenção básica que tem na educação em saúde o principal eixo de seu trabalho, pode vir a ser um educador popular, promotor de mudanças, provocador de participação e transformação social, especialmente entre as populações de baixa e média renda. Mas, para que esse profissional possa desempenhar o seu trabalho educativo de forma dialógica, é preciso capacitação, supervisão e

educação permanente. Pois, sem essa qualificação adequada, o ACS fica mais vulnerável a assumir a reprodução de fragmentos do conhecimento instituído no âmbito das profissões em saúde de forma instrumental. Uma possível repercussão desse processo é a incorporação acrítica de práticas educativas de cunho autoritário e meramente medicalizadoras como estruturantes de sua atuação.

Identificou-se, ainda, que os profissionais da equipe pensam e representam a educação em saúde e a prática educativa com o foco na transmissão de orientações com o objetivo de persuadir os indivíduos à adoção de modos de vida saudáveis, ou seja, aceitação social da ciência médica. Nesse contexto, a representação social da educação em saúde para os ACS pode ser feita por meio dos seguintes termos centrais: educação e prevenção, o que denota que o foco recai na transmissão de orientações com o objetivo de convencer os indivíduos a terem comportamentos e hábitos de vida tidos como saudáveis.

A educação em saúde dialógica implica, além do aprendizado de habilidades técnicas de comunicação, a transformação de valores, crenças, visões de mundo e disposições subjetivas por parte dos profissionais, sem desconhecer o contexto em que as mesmas acontecem (DANTAS; SILVA; FELICIANO, 2010). Somente assim, a atividade prática deixará de se constituir em mera repetição de tarefas, tornando-se princípio educativo na perspectiva de uma práxis transformadora (TRAPÉ; SOARES, 2007).

II) Ações educativas do ACS frente às doenças crônicas

A educação em saúde vai muito além da transmissão de informação e divulgação de dados para prevenir os fatores de risco, o surgimento e as complicações das doenças crônicas, ela é uma estratégia capaz de transformar contextos, com vistas ao empoderamento, ao desenvolvimento da autonomia e à participação da população nos determinantes sociais da saúde e doença (PAIS; GUEDES; MENEZES, 2013).

Os estudos mostraram que os ACS têm potencial para auxiliar, por meio de ações educativas e de apoio psicossocial, pacientes com doenças crônicas, especialmente com hipertensão e diabetes mellitus. Os pacientes acompanhados e orientados pelos agentes, seja no domicílio, em casas médicas ou em unidades de saúde, melhoraram o seu conhecimento sobre a doença e o seu tratamento, sentiram-se mais saudáveis, melhoraram os índices clínicos e metabólicos, dentre eles a redução da glicose no sangue, da pressão arterial, do peso corporal, da circunferência abdominal e das taxas de colesterol, e ainda tiveram maior apoio dos pares e mais acesso aos serviços de saúde. Além disso, o ACS tem potencial para assegurar a ligação entre as comunidades e o sistema de saúde em geral.

Os programas de educação em doenças crônicas, especialmente em diabetes mellitus, desenvolvidos por profissionais de saúde atualizados contribuem para a queda de internações e os pacientes passam a identificar as doenças, a adotar medidas de redução dos fatores de risco e a receber um tratamento capaz de auxiliar nas mudanças de comportamento associado ao padrão alimentar e ao aumento de atividade física para o controle da doença e para a melhoria da qualidade de vida (TORRES et al., 2009).

Por conseguinte, identificou-se que os ACS têm ajudado também, de forma positiva, no manejo dos pacientes portadores de câncer. Um dos trabalhos analisados mostrou que o trabalho do ACS contínuo para o câncer de mama inclui educação em saúde, triagem e encaminhamentos das mulheres aos serviços de saúde. Por meio da sensibilização sobre câncer de mama pela educação, as mulheres são mais propensas a passar por uma triagem e a realizar exames clínicos das mamas. Assim, a atuação dos agentes comunitários pode maximizar os recursos e melhorar os resultados de câncer de mama em países de baixa e média renda e ainda reduzir a incidência do câncer de mama, especialmente por meio de ações de prevenção e promoção da saúde (WADLER et al., 2011).

Portanto a educação em saúde da comunidade por meio de agentes promotores de saúde treinados é uma estratégia viável para redução do risco e das complicações de doenças crônicas na população de forma geral.

III) Ações educativas do ACS frente às doenças agudas

Muitas vezes, no desempenho da prática educativa, os pacientes são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde mantendo uma relação assimétrica entre profissionais e pacientes, uma vez que um detém o saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. Além de reagir a um estímulo apenas temporário, a população não muda de comportamento e gera a falta de estímulo na organização da comunidade para o desenvolvimento de cidadania e participação nas atividades desenvolvidas pela unidade (COSTA et al., 2009).

Nesse sentido, salienta-se que mesmo diante das dificuldades, a educação em saúde vem sendo repensada ao longo dos anos, no sentido de mudar as ações educativas persuasivas, com transferência verticalizada de informações, negação da subjetividade do ser que recebe as orientações e autoridade do educador para ações que possam desenvolver a autonomia e o empoderamento dos sujeitos.

Dessa forma, as estratégias educacionais podem melhorar as práticas de prevenção de doenças nas comunidades e isso se traduziu nos estudos analisados, como a redução da

frequência do aparecimento de doenças agudas, entre elas a malária e a diarreia, além de ajudar no manejo e nos cuidados domiciliares com os pacientes adoecidos.

Em um dos estudos analisados, as mães declararam que as sessões de educação nutricional foram muito valiosas em relação às medidas preventivas e de gestão da diarreia. E os ACS são prestadores de educação em saúde eficazes, especialmente no domicílio (ABDEL-AZIZ; MOWAFY; GALAL, 2015).

Em relação à malária, os resultados mostram que as pessoas que participam de atividades educativas possuem mais conhecimento sobre as formas de prevenção, o uso de medicações e ainda sobre o início do tratamento em casa. Assim, as estratégias educacionais podem melhorar as práticas de prevenção nas comunidades, traduzindo em menor incidência de casos da doença na população estudada (ALVARADO et al., 2006).

IV) Ações educativas do ACS na saúde materna, neonatal e infantil

No intuito de exercer o papel de elo entre as concepções e os modos de agir institucional e comunitário, o ACS necessita transitar entre a racionalidade técnica e prática. Ou seja, na dimensão técnica precisa estar preparado para argumentar e informar sobre as melhores intervenções em relação às questões de saúde e doença de cada indivíduo em sua área de abrangência e de acordo com os demais membros da equipe de saúde; já na dimensão prática, precisa fundamentar suas ações nas experiências vividas e nas opiniões e valores que circundam a comunidade onde atua. Nesse sentido, ser o ACS residente na área de atuação, parte do pressuposto de que o compartilhamento de significados e do uso da linguagem cotidiana da população facilitaria a realização das mediações entre o saber técnico-científico e o saber popular, além de promover a criação de vínculo e confiança (DANTAS; SILVA; FELICIANO, 2010).

O vínculo, a confiança e a escuta voltados para dimensões ampliadas da saúde, para além do controle das doenças, indicam a existência de espaços de discussão de projetos diversos de felicidade entre profissional e paciente (DANTAS; SILVA; FELICIANO, 2010). Porém pode-se afirmar que o ACS estabelece vínculo, estimulando a capacidade das pessoas para enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Nessa ótica, as publicações científicas estudadas mostram que os ACS precisam criar o vínculo para então ter aceitabilidade entre as mães, para que elas possam aceitar e implementar cuidados na sua saúde e de seus filhos, seja no momento da gestação, parto, puerpério ou na infância da criança. Os estudos mostraram atividades educativas dos ACS

junto às mães e seus filhos, especialmente junto a populações de baixa e média renda, nas seguintes questões: redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil, promoção do aleitamento materno, apoio psicossocial e prevenção de doenças agudas.

Dentre os trabalhos ponderados, um estudo experimental com mulheres do Quênia apresentou resultados positivos e mostrou que as mulheres que haviam recebido mensagens de saúde de ACS tiveram mais conhecimento de cuidados maternos e neonatais e ainda, mais facilidade no momento do parto (ADAM et al., 2014).

V) A práxis do ACS: atribuições, formação/capacitação e estratégias para o trabalho educativo

O ACS tem a sensibilidade de escutar e traduzir para as equipes as reais necessidades da população identificadas em cada indivíduo, em cada família, em cada domicílio e em cada comunidade. Os agentes se sentem responsáveis não só pelos problemas identificados na comunidade, mas se solidarizam com o sofrimento das pessoas, ouvindo as demandas, buscando compreendê-las e realizando parcerias no sentido de apoiar e ajudar a encontrar soluções. O espaço em que eles vivem é o mesmo onde atuam, as pessoas e suas realidades sociais são as mesmas para quem dirigem suas ações de cuidado (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Quanto às atribuições dos ACS, os estudos analisados identificaram que os agentes realizam atividades diferenciadas junto à comunidade e, por isso, podem ser considerados elemento nuclear das ações em saúde, com atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio das visitas em domicílios e educação em saúde, individual e coletiva. A maioria realiza o cadastro e VD, identifica as famílias de risco e informa à equipe, orienta quanto ao uso dos serviços de saúde, encaminha e agenda consultas/exames, realiza educação em saúde e participa de reflexão do trabalho em equipe. Enquanto uma parcela auxilia no ambiente clínico.

Mas as dimensões de atuação exigem investimentos na instrumentalização adequada do profissional e na manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por ele, em atividades de supervisão e de reflexão em equipe.

As publicações estudadas ainda consideram que, em geral, os ACS não recebem formação destinada à execução de suas atividades, para tanto consideram a experiência prática como o principal motor para o desempenho delas. O trabalho em equipe é reconhecido como espaço de circulação de saberes científicos e o saber popular como mediador entre a equipe e a população.

O ACS, como principal mediador entre a população e a equipe de saúde, precisa estar preparado para trabalhar com a comunidade, em todas as suas atividades, especialmente no trabalho educativo, para isso esse profissional necessita de atualização constante. Nesse sentido, autores afirmam que a formação é contínua na medida em que está permeada pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. E isso se dá por meio da educação permanente, que agrega um conjunto de práticas educacionais planejadas que promovam oportunidades de desenvolvimento do profissional, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente em seu cotidiano de trabalho e de se assumirem como sujeitos transformadores (NASCIMENTO; CORREA, 2008; LEITE et al., 2015).

Também foi possível compreender que o tempo de trabalho contribui para facilitar a criação de um elo maior entre os ACS e as famílias. Além disso, a partir dos estudos, podemos concluir que trabalhar e morar na comunidade é uma condição contraditória geradora de desconforto para as atividades do ACS, ao mesmo tempo em que possibilita a construção de vínculo e o exercício das funções postas para esse ator.

Para promover a educação do paciente, é necessário mais do que programas educativos estruturados. Os profissionais devem ser preparados para reconhecer as diferenças individuais dos pacientes e identificar suas necessidades, além de desenvolver habilidades para comunicação e uso de diferentes estratégias didáticas, considerando as especificidades da educação de adultos, a partir do atendimento individual para, então, elaborar e implementar programas educativos (FREIRE, 1992).

Em relação às estratégias educativas, pode-se observar que cartilhas educativas foram entregues e trabalhadas com as famílias, especialmente, pelos ACS. O estudo concluiu que a cartilha foi um instrumento adequado de educação em saúde, pois viabilizou o diálogo sobre o desenvolvimento infantil entre famílias e profissionais de saúde (FRACOLLI; CHIESA, 2010).

Ainda se pensa que educar, para o agente, é dar o exemplo, dar palestras e orientações e ainda afirmam que é algo difícil de fazer, ou seja, a educação em saúde é ancorada na transmissão de conhecimentos. Nesse contexto, as orientações são prescritivas e buscam a aquisição de comportamentos considerados pelos trabalhadores de saúde como mais saudáveis. Educar em saúde, na compreensão dos ACS, é orientar sobre cuidados em saúde. Uma orientação direcionada mais para controle e cuidado de doenças, denotando forte influência do conceito de saúde como ausência de doenças. A educação em saúde na atualidade defende o ato educativo baseado no diálogo visando à construção de uma

consciência crítica, que promova a compreensão dos vários fatores relacionados com a saúde e da possibilidade de transformação da realidade (MACIEL et al., 2009).

Dessa forma, apreende-se que o processo de trabalho dos ACS é baseado na educação e comunicação; no registro e na quantificação; no saber técnico e na experiência adquirida no cotidiano. No que concerne ao trabalho educativo destacam-se ações do tipo mais impositivo e autoritário, onde muitas vezes, restringem-se as possibilidades de conversa com exposição e confrontação de valores entre profissional e paciente. Diante desse cenário, há que se destacar também que o ACS não dispõe de instrumentos, tecnologias, e saberes para corresponder às suas expectativas, às expectativas da comunidade e da gestão. Isso faz com que, muitas vezes, o agente acabe trabalhando com o senso comum, com Deus, e com os saberes populares da comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Com base nessa revisão da literatura, foi possível identificar que as concepções sobre educação em saúde são associadas aos aspectos medicalizadores, sendo as atividades educativas de cunho prescritivo e focadas nas faixas etárias consideradas de maior risco, ou seja, crianças, mulheres/gestantes e idosos. Além de as ações educativas estarem focadas na doença, nos fatores de risco, no tratamento e na prevenção de complicações, sejam elas agudas ou crônicas.

Além disso, constatou-se que o fazer do ACS está baseado na educação e comunicação, sendo o diálogo o seu principal instrumento de trabalho e as principais estratégias são as VD, orientações individuais e coletivas, apoio psicossocial, agendamentos e encaminhamentos aos serviços de saúde. Ressalta-se o desafio de uma educação em saúde dialógica, com os preceitos inovadores de emancipação, empoderamento, participação e controle social da população.

Nesse contexto, os ACS, em todas as realidades apresentadas, são avaliados como estratégias positivas dentro dos modelos assistenciais e contribuem de forma significativa para desenvolver o cuidado aos indivíduos, famílias e comunidade. Mas o seu trabalho está pautado em conhecimentos de senso comum e na experiência adquirida com a equipe e a população, o que reforça a importância de cursos de formação para esses profissionais e também de atividades de supervisão e de educação permanente.

1.3 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação para o Autocuidado no Diabetes Mellitus Tipo 2

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crônicas, pois ele propicia o envolvimento da pessoa em seu tratamento, minimizando complicações e incapacidades associadas aos problemas crônicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Dessa forma, salienta-se a importância dos profissionais da saúde para estimular, motivar e desenvolver as habilidades de autocuidado, frente às incapacidades e limitações relacionadas às comorbidades e complicações das doenças crônicas (BAQUEDANO et al., 2010).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) define que a “educação em diabetes” é a principal ferramenta para o autocuidado e ainda afirma que uma educação efetiva é aquela que gera mudança de comportamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Nesse sentido, pode-se notar o quanto a SBD ainda baseia as suas diretrizes na educação em saúde tradicional e considera que o conhecimento pode ser “suficiente” para promover o autocuidado, sem considerar a singularidade e os problemas enfrentados por cada paciente.

A SBD traz nas diretrizes de 2015-2016 as sete medidas indicadas pela Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE) para a avaliação comportamental para identificar a qualidade dos resultados obtidos com um programa de educação efetivo, ou seja, as medidas de adesão e mudança de comportamento pelo portador de diabetes, que são: alimentar-se saudavelmente; praticar atividade física; monitorar a glicemia; tomar a medicação; resolver problemas; reduzir riscos e adaptar-se saudavelmente (AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS, 2016).

O que percebemos de “novo” são questões associadas à “resolução de problemas” e ao “enfrentamento e adaptação de forma saudável”. Quanto ao primeiro item, descrevem: todos encontram problemas no controle do diabetes, mas é possível planejar uma ação para cada situação enfrentada. Logo, existem algumas habilidades de resolução de problemas que podem ajudá-lo a se preparar para o inesperado e a fazer um plano para lidar com problemas semelhantes no futuro. No que se refere ao segundo item, afirmam: o diabetes pode afetar o indivíduo física e emocionalmente. É natural ter altos e baixos no autogerenciamento do diabetes, mas o importante é reconhecer essas emoções e tomar medidas para reduzir o

impacto negativo que eles podem ter sobre o autocuidado (AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS, 2016).

Em um dos trechos do capítulo sobre Educação em diabetes, nota-se o empenho da SBD, em suas diretrizes 2015-2016, em apresentar um discurso inovador e com vistas à educação em saúde de cunho dialógico “O alcance de metas ideais para a educação é um desafio em como transformar o conhecimento em ações práticas na vida real e em utilizar as ferramentas do saber em uma vida mais produtiva, interativa e, conseqüentemente, mais feliz” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016, p. 224).

A educação em saúde no DM2 é um desafio para os profissionais de saúde e para os pacientes e visa alcançar melhorias no autocuidado, associadas aos hábitos alimentares saudáveis, à prática de atividades físicas e à promoção da saúde. O momento educativo permite ao profissional e ao paciente discutirem todas as informações sobre a doença e os aspectos envolvidos (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Autores citam o desenvolvimento de competências como o “saber-conhecer”, “saber-fazer”, “saber-ser” e “saber-conviver”, enquanto pilares de uma proposta de educação que visa à formação para a cidadania (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

O “saber-conhecer” está relacionado ao conhecimento, à compreensão do que é necessário para a realização do autocuidado. O “saber-fazer” é a habilidade, a destreza para executar as tarefas relacionadas ao autocuidado. O “saber-ser e conviver” são as atitudes relacionadas ao modo de viver com o diabetes (CYRINO, 2009).

O interesse dos profissionais de saúde, comprometidos e esforçados em adquirir conhecimentos favorecem a transformação da prática educativa, visando desenvolver habilidades e aprendizagem para o autogerenciamento dos cuidados requeridos pelo DM, de modo a promover nos usuários um estado saudável (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

As doenças crônicas, em especial o DM estão cada vez mais prevalentes na população brasileira e a atualização dos profissionais da área da saúde faz-se absolutamente necessário. Sensibilizar e envolver a equipe em discussões sobre o cotidiano, as informações atuais, os desafios de maior integração aos estilos de vida dos usuários e os desafios da construção do autogerenciamento de processos e condutas terapêuticas contribui significativamente para mudar a situação de vulnerabilidade que a doença impõe aos seus portadores, assim como reduzir ou dificultar suas complicações (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010, p. 536).

As pessoas acometidas por doenças crônicas, em especial o DM, são confrontados com novos problemas que vão “obrigá-los” a desenvolver habilidades para lidar com variadas atividades que são previstas e recomendadas pelo médico e demais profissionais de saúde no momento da assistência. No caso do DM, as atividades previstas incluem medicação, dieta, monitoramento de glicemia capilar, exercício físico, cuidados com os pés, prevenção de complicações, entre outros. Embora os pacientes geralmente conheçam as complicações crônicas do DM, muitos deles possuem dificuldades em seguir essas recomendações, tendo em vista os hábitos, escolhas e prioridades já estabelecidas em suas vidas (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009).

Dessa forma, as ações de educação em saúde executadas pelos profissionais de saúde, para o autocuidado e autogestão do diabetes, precisam ser inovadas, ou seja, elas precisam deixar de ser guiadas por padrões unicamente biomédicos e passarem a permear aspectos como a autonomia, a emancipação e o empoderamento do paciente (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009).

A educação tradicional, baseada na transmissão de conhecimento e o seu consequente acúmulo, é uma prática pouco efetiva. Para tanto, profissionais e pesquisadores têm sido estimulados a buscar uma nova base para o trabalho de atenção e educação visando ao autocuidado e autogestão do paciente com DM. A intenção é que com o apoio e orientações dos profissionais de saúde, os indivíduos possam desenvolver suas capacidades e habilidades para reconhecer as suas próprias necessidades e resolver seus próprios problemas, por meio da mobilização de recursos para ter o controle sobre suas vidas e tomar decisões (ANDERSON, 1996; CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009). A esse respeito, a influência da pedagogia crítica, como a de Paulo Freire, juntamente com o apoio das ciências sociais, fortalece a reorientação dos pontos de vista dos pesquisadores para a incorporação dos temas de educação nas práticas de cuidado no DM (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009).

Portanto, cabe à equipe multiprofissional, além de disponibilizar ao usuário todas as informações necessárias acerca de sua doença, acompanhá-lo por período de tempo, com vistas a ajudá-lo na tomada de decisões, frente às inúmeras situações que a doença impõe. Assim, identifica-se que o conhecimento científico acerca do DM é um recurso relevante para direcionar a equipe multiprofissional para a tomada de decisões clínicas para o tratamento da doença, como também para prepará-la para educar os usuários para o conhecimento e adesão ao autocuidado (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Estudo afirma que os profissionais de saúde têm o desafio de aprender a lidar com as expectativas, angústias e ansiedades dos pacientes, com o objetivo de aliviar os sofrimentos e

dividir as impotências. Portanto é fundamental a compreensão de que para atuar junto a pacientes diabéticos é necessário, além do conhecimento terapêutico, o reconhecimento das necessidades psicoemocionais do paciente, que são em sua maioria os principais obstáculos ao autocuidado e os impeditivos do tratamento (DAVID; TORRES; REIS, 2012).

Assim, é possível apreender que as práticas de educação em saúde precisam respeitar e valorizar questões que integram a vivência, os saberes e a experiência do portador de diabetes, ou seja, as representações sociais da doença e do autocuidado, a fim de abandonar aos poucos a prática apoiada, exclusivamente, nos saberes técnico-científicos (CYRINO, 2009).

Nesse contexto, buscamos as atribuições designadas aos ACS pelo MS no caderno de Diabetes Mellitus para Atenção Básica (BRASIL, 2006b) e também no Guia prático do ACS (BRASIL, 2009b), pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (LONDRINA, 2006) na atenção aos portadores de diabetes que foram descritos e classificados no Quadro 01.

Baseado nos documentos que normatizam as atribuições dos ACS, tanto em âmbito nacional quanto local, é possível notar que, após a identificação dos fatores de risco, diagnóstico e cadastramento dos pacientes diabéticos, segue-se com o acompanhamento desses pacientes, no qual as principais ações visam: orientar medidas de autocuidado e autocontrole, especialmente quanto aos hábitos alimentares, o uso da medicação e prática de atividades físicas; estimular a participação em grupos de educação em saúde geralmente propostos pelos profissionais da ESF; e verificar o comparecimento dos diabéticos em consultas e atendimentos na UBS ou sem serviços de especialidades médicas.

Assim, pode-se afirmar que os documentos que normatizam e determinam as atribuições dos ACS junto aos portadores de diabetes tendenciam ao que podemos denominar normatividade médica, com foco biomédico, o que será discutido mais detalhadamente no capítulo cinco.

Quadro 01 - Atribuições dos ACS junto a pacientes diabéticos preconizadas pelo MS no caderno de DM e no guia do ACS e pelo município de Londrina. Londrina, 2016

Documentos Atribuições	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: MS, 2006.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Brasília: MS, 2009a.	LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia: protocolo. Londrina: A Autarquia, 2006.
Quanto aos fatores de risco da comunidade em geral	- Esclarecer a comunidade, por meio de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.		- Questionar e orientar quanto a fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.
Quanto à identificação e diagnóstico do diabetes	- Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico.		- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem diabéticos ou em condição de risco: > 40 anos, com histórico familiar de DM, obesidade, mães de bebês >4kg, mulheres com histórico de abortos frequentes, prematuridade e mortalidade perinatal, em uso de medicamentos que favoreçam o aparecimento de DM como corticóides.

Quanto ao cadastramento e acompanhamento dos diabéticos	- Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.	- Identificar as pessoas com diabetes de sua área de atuação e preencher a ficha B-DM do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica).	- Registrar na ficha B do SIAB, o diagnóstico e acompanhamento de DM de cada membro da família.
Quanto às medidas de autocuidado e autocontrole	- Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular. - Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. - Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado e encaminhar para consulta extra.	- Perguntar, sempre, à pessoa com diabetes e quando prescritos se ela está tomando com regularidade os medicamentos. - Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável: se está cumprindo as orientações de dieta, atividade física, controle de peso, se reduziu ou parou de fumar e de consumir bebidas alcoólicas. - Estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis baseados no consumo de frutas, verduras, derivados de leite desnatado. - Orientar a redução do consumo de bebidas alcoólicas ou seu abandono. - Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento e seguir as orientações da equipe de saúde. - Estimular a realização de atividades físicas regulares. - Fazer acompanhamento da glicemia	- Checar se o paciente diabético está tomando regularmente os medicamentos e cumprindo as orientações de mudanças de hábitos de vida e tomar as medidas cabíveis.

		conforme orientação da equipe de saúde.	
Quanto à participação em grupos de educação em saúde e autocuidado	- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.	- Estimular a organização de grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, de estímulo à alimentação saudável, entre outros. - Estimular a participação em grupos de orientação.	- Participar, junto com a equipe, das ações educativas primárias visando à promoção da saúde.
Quanto à busca de faltosos	- Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).	- Verificar o comparecimento às consultas agendadas na UBS. - Realizar busca ativa dos faltosos.	- Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos às consultas agendadas na unidade de saúde e realizar a busca ativa dos faltosos.
Quanto à saúde bucal		- Orientar para escovar corretamente os dentes após as refeições – o diabetes mal controlado facilita a inflamação das gengivas, podendo prejudicar a saúde bucal.	
Quanto aos cuidados com os pés		- Orientar para ter o cuidado corporal redobrado, especialmente com os pés – examinar os pés diariamente – e, constatando qualquer alteração, comunicar a equipe de saúde. Devem ser evitados sapatos apertados, uso de gilete, alicate de cutícula, entre outros. Lavar os pés com água morna (nunca quente) e secá-los muito bem, especialmente entre os dedos.	

CAPÍTULO 2 – CAMINHO PERCORRIDO

2.1 A Pesquisa Etnográfica

Trata-se de uma pesquisa de natureza etnográfica. A etnografia tem por princípio a busca exaustiva do conhecimento por meio da observação do pesquisador sobre o comportamento e o discurso das pessoas em seu espaço físico e social. No estudo etnográfico, o pesquisador tem a possibilidade de mergulhar no contexto de vida e conhecer profundamente os seus interlocutores (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

A pesquisa etnográfica contemporânea não se volta apenas ao estudo de populações primitivas, na qual o pesquisador é estranho à comunidade, mas é cada vez mais realizada em espaços sociais na qual o próprio pesquisador vive ou convive (GIL, 2010). Este estudo, que tem como campo Unidades Básicas de Saúde (UBS) e domicílios de usuários destes serviços, é um exemplo da última, dado que esses são espaços de minha atuação profissional como docente.

A abordagem etnográfica combina vários métodos de produção de conhecimento, sendo que os principais são: observação participante e entrevista com informantes. O relatório etnográfico apresenta uma grande quantidade de dados primários, que permitem, além de descrições precisas da situação estudada, trazer a perspectiva dos participantes, isto é, a sua maneira de ver o mundo e a suas próprias ações (GIL, 2010).

A pesquisa etnográfica constituindo-se no exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir) impõe ao pesquisador ou à pesquisadora um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele ou por ela observado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se lhe apresenta (ROCHA; ECKERT, 2008, p. 10).

Nesse contexto, o ver, o ouvir e o escrever são parte integrante da prática etnográfica. Essas ações não são simples, mas conferem qualidade ao trabalho, pois o resultado de um trabalho de campo se mede pela forma como o autor/antropólogo vai refletir sobre si mesmo na experiência de campo (OLIVEIRA, 2000).

A construção do texto etnográfico está intimamente ligada à pesquisa de campo, na qual se associam três fatores fundamentais: a escolha do objeto de estudo, a construção do

texto pelo autor e o papel desempenhado pelo leitor (CLIFFORD; MARCUS, 1986; DWYER, 1979 apud PEIRANO, 1992).

O texto etnográfico é composto por anotações iniciais até os resultados finais da pesquisa de campo, no qual é descrita a constituição dos objetos e a configuração dos fenômenos coletivos (CLIFFORD, 1986 apud PEIRANO, 1992). Portanto construir um texto etnográfico é uma tarefa árdua, pois o autor tem a tarefa de convencer o leitor e fazê-lo sentir o que foi sentido, ver o que foi visto e concluir o que foi concluído (GEERTZ, 1989).

Além disso, nos textos etnográficos, é comum os autores “invadirem” o texto, ou seja, expressar os seus sentimentos e impressões acerca do objeto estudado. Assim, o texto se torna um instrumento de comunicação e um veículo do pensamento. Exercício de imaginação, que não é nada fácil de ser concretizado pelo autor (GEERTZ, 1989).

Nesse sentido, a escolha pela etnografia para buscar compreender o trabalho do ACS na educação para o autocuidado no DM2 foi buscar a perspectiva do próprio agente comunitário nesta realidade. Ao mesmo tempo em que coloca o pesquisador em cena, aproximando-o da realidade em estudo: o ACS em seu trabalho com os moradores de uma dada comunidade.

Dessa forma, a etnografia é uma metodologia propícia para descobrir a maneira de viver e as experiências das pessoas – a sua visão do mundo, os sentimentos, ritos, padrões, significados, atitudes, comportamentos e ações. Essa perspectiva permite apreender o fenômeno humano de forma ampliada. Assim sendo, a compreensão dos fenômenos, eventos e situações que apresentam características de ações em desenvolvimento (saúde, bem-estar, o processo de cuidar, o processo de trabalho em saúde, o processo de ensino-aprendizagem) constituem objeto de estudo apropriado nesta abordagem (LIMA et al., 1996).

2.2 O Campo da Pesquisa

O Estado do Paraná localiza-se na região Sul do Brasil e faz fronteira com três estados. Ao Norte com o estado de São Paulo, ao Sul com o estado de Santa Catarina e a Oeste com o estado do Mato Grosso do Sul. Faz fronteira, ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde, numa extensão territorial de 199.307 Km² e população estimada de 11.242.720 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016b; PARANÁ, 2016).

Na região Norte do Paraná, uma região de terra vermelha, muito fértil, até poucas décadas era uma extensa floresta, surge a criação do município de Londrina em três de dezembro de 1934. Sua instalação foi em 10 de dezembro do mesmo ano, data em que se comemora o aniversário da cidade (LONDRINA, 2016).

Londrina, já nos anos 50, emergiu no cenário nacional como importante cidade do interior do Brasil. Nesse período, apresentou considerada expansão urbana em razão da produção cafeeira, o que levou à intensificação do setor primário de toda região. Nessa década, a população passou de 20.000 habitantes para 75.000, sendo que quase metade se encontrava na área rural (LONDRINA, 2016).

Em franco desenvolvimento, na década de 70, Londrina já contava com 230.000 habitantes e uma produção agrícola voltada para o mercado externo. Então criaram-se os primeiros centros industriais que visavam ao incentivo e à coordenação do desenvolvimento industrial da cidade (LONDRINA, 2016).

Londrina se consolidou como Polo Regional de bens e serviços e se tornou, definitivamente, a terceira mais importante cidade do Sul do Brasil na década de 90, quando foi desenvolvido o primeiro Plano Diretor. Nesse período a cidade apresentava uma estrutura voltada para áreas residenciais em praticamente todo seu território, destacando a região central em razão do desenvolvimento da construção civil, refletida em inúmeros edifícios de padrão médio e alto. A região Norte da cidade, que nas décadas anteriores se enquadrava como região rural, revelou-se como maior área residencial da cidade (LONDRINA, 2016).

Londrina é considerada a segunda cidade mais populosa do Estado e a terceira da região Sul do Brasil. Dentre as 22 Regionais de Saúde do estado, pertence e é sede da 17ª Regional (LONDRINA, 2009).



Fonte: PARANÁ, 2017

Nos últimos 10 anos, de 2000 a 2009, houve aumento populacional de 63.642 habitantes, o que apoia a interpretação de que Londrina é um dos municípios do Paraná com desenvolvimento econômico expressivo. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009, foi de 510.707 habitantes. Desses, 97% residentes na área urbana (LONDRINA, 2009). Com uma população em 2016 estimada de 553.393 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016a).

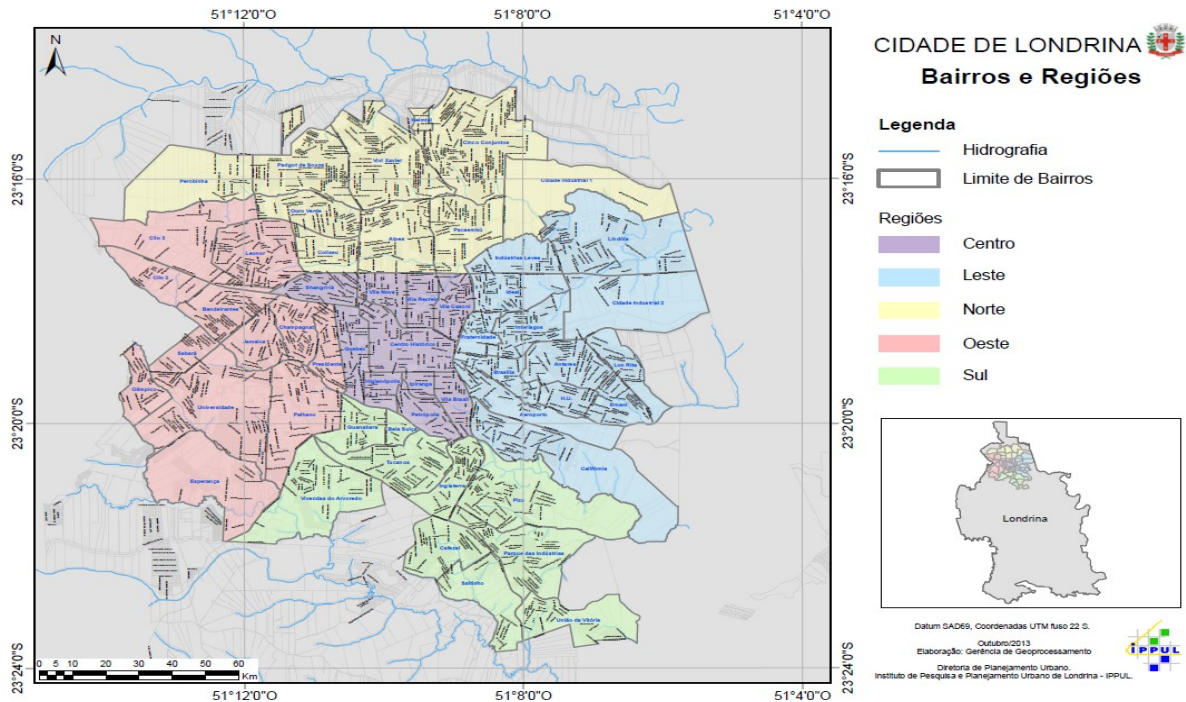
A APS em Londrina iniciou-se em 1969 com a descentralização dos serviços de saúde, por meio de convênio entre a prefeitura e a Universidade Estadual de Londrina (UEL) que garantiu a implantação de duas UBS na zona urbana. Nos anos seguintes, foram sendo implantadas novas unidades e, nos anos 1990, o município já contava com 41 UBS. Em 1995, Londrina foi um dos primeiros municípios brasileiros a credenciar-se na gestão semiplena dos serviços de saúde (SILVA, 1999).

A rede básica de atenção em saúde em Londrina é porta de entrada para o SUS, por meio de 52 UBS⁴, das quais, 40 em área urbana. Nessas unidades atuaram, em 2012, 76 equipes da ESF e 13 equipes do PACS, sendo: 21 equipes na região Norte (18 ESF e 03 PACS); 14 na região Leste (11 ESF e 03 PACS); 19 na região Sul (16 ESF e 03 PACS); 14 na região Oeste (12 ESF e 02 PACS); 11 na região Centro (10 ESF e 01 PACS); e 10 na zona rural (09 ESF e 01 PACS). Foram mantidas as 10 Equipes do NASF implantadas em 2008, constituídas por profissionais de diferentes áreas de saúde (nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física, psicologia), que atuam junto às ESF em seus respectivos territórios (LONDRINA, 2012).

Em 2012 a cobertura da ESF foi de 52% da população urbana e rural. Há previsão de ampliação no número de equipes da ESF nos próximos anos, com contratação de profissionais por meio de concurso público (LONDRINA, 2012).

A título de orientação, o município de Londrina é subdividido em cinco regiões: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro, além das UBS dos distritos do município.

⁴ O município de Londrina não possui Unidades de Saúde da Família (USF) exclusivas, mas sim Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contam com profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais de saúde, em sua maioria, cumprem 30 horas semanais na modalidade de atenção primária “tradicional” e outras 10 horas na ESF. Os ACS atuam as 40h na ESF.



Mapas temáticos

Fonte: LONDRINA, 2013

Ao contatar o setor responsável por pesquisas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), após aprovação da pesquisa (Anexos I e II), foram indicadas cinco UBS que possuíam ESF, e segundo a Secretaria, possuíam bons trabalhos com “diabetes”, sendo uma de cada região para a realização da pesquisa, sendo escolhidas de modo intencional duas UBS de regiões distintas do município, UBS A e UBS B. Assim a pesquisa foi realizada nas UBS e domicílios do município de Londrina, podendo ser estendida a outras UBS do município conforme desdobramentos da pesquisa.

Os critérios considerados foram ter os profissionais da equipe mínima da ESF (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de Enfermagem e ACS), ser de fácil acesso, além de ser UBS que eu/pesquisadora não conhecia e não havia atuado como docente em estágios de Enfermagem. Após a escolha das UBS e contato com os interlocutores, passaram a fazer parte do estudo os ACS que aceitaram participar e apresentaram livre consentimento. Nesse contexto foram incluídos no estudo doze ACS, sendo oito da UBS A e quatro da UBS B.

2.3 Etapas da Pesquisa e o Trabalho de Campo

O estudo foi desenvolvido em duas etapas conforme descrição que segue:

- **Primeira etapa:** Observação participante e registro em diário de campo.
- **Segunda etapa:** Entrevista semiestruturada com uso de roteiro.

Etapa I – A Observação participante

- Caracterização dos sujeitos do estudo - ACS da ESF - mediante roteiro elaborado com dados sociodemográficos, os quais foram sendo preenchidos pela pesquisadora durante a etapa inicial do campo.

- Caracterização do trabalho de educação para o autocuidado ao portador de DM2 realizado pelos ACS por meio da observação participante com apoio de roteiro (Apêndice I) e registro em diário de campo.

A observação foi orientada para apreender a dinâmica do trabalho realizado pelos ACS na atenção aos usuários da ESF em diferentes cenários de práticas. O método de observação é um processo rico para a coleta de dados qualitativos, pois faz com que o pesquisador perceba as características de determinado fenômeno social. Observar significa estudar e compreender um evento social em seus diferentes aspectos, contradições, dinamismos e relações (MISHIMA, 1995).

O método de observação tem a vantagem de colocar o pesquisador em contato direto com o fenômeno estudado, o mundo real em que o indivíduo está inserido. Além disso, por meio dela, outros aspectos, antes não conhecidos, podem surgir (LÜDKE; ANDRÉ, 2001).

A observação é o instrumento que fornece muitos detalhes ao pesquisador, por basear-se na descrição e, para tanto, utilizar-se de todos os cinco sentidos humanos. Sendo observação participante e a entrevista os instrumentos mais utilizados em pesquisa qualitativa (OLIVEIRA, 2010).

Duas grandes considerações ao observador:

[...] utilizar-se de uma densa descrição, pois o leitor tem que imaginar perfeitamente o contexto pesquisado através dos detalhes fornecidos pelo pesquisador. E a segunda, o pesquisador deve tentar se comportar como um estranho para evitar (apesar de ser impossível em sua totalidade) as suas interferências pessoais (OLIVEIRA, 2010, p. 23).

Essa técnica de coleta de dados objetiva conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em analisar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. Por meio dela, o pesquisador pode identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento cotidianamente (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Apresenta muitas vantagens como: possibilita meios diretos e satisfatórios para estudar uma ampla variedade de fenômenos; permite a coleta de dados sobre um conjunto de atitudes e comportamentos típicos; depende menos da reflexão; e permite a evidência de dados não constantes em roteiro de entrevistas. Mas, como toda técnica de pesquisa possui desvantagens, dentre elas destacam-se: a interferência do pesquisador devido a suas experiências acumuladas; a influência das antipatias ou simpatias pessoais entre observador e observados; assim como a duração dos fatos e a sua imprevisibilidade, o que impede, muitas vezes, o observador de presenciar o fato (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A observação participante requer um detalhado registro em diário de campo e é parte essencial da pesquisa etnográfica, embora também seja amplamente utilizada nas pesquisas em saúde, como caderno de notas em que o pesquisador escreve as conversas informais, observações do comportamento dos sujeitos durante as falas e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo (MINAYO, 2010).

Entretanto, o diário de campo, utilizado na observação participante, tem o objetivo de registrar além da fala, os modos de expressão do interlocutor como unidade de enunciado sobre algo, salientando os modos de falar, o tom de voz e a diversidade de linguajar – corporal, gestual, afetivo (ARAÚJO et al., 2013).

Dessa forma, quatro características constituem um diário de campo:

- a) a regularidade do registro: uma sequência de entradas regulares durante um período de tempo; b) ser pessoal: feito por um indivíduo identificável; c) ser contemporâneo: os registros são feitos no momento ou perto o suficiente do momento em que os eventos ou atividades ocorreram; d) ser um registro propriamente dito: os apontamentos gravam o que o indivíduo considera relevante e importante e podem incluir o relato de eventos, atividades, interações, impressões e sentimentos (ZACCARELLI; GODOY, 2010, p. 552).

Após os contatos denominados mais “burocráticos” com a coordenação da rede municipal de Londrina, iniciaram-se os acompanhamentos da rotina de trabalho dos ACS no período compreendido entre maio de 2015 e março de 2016. E a rotina seguida era:

- o agendamento das visitas com os ACS, quando definíamos o dia para acompanhá-los nas VD. Esse contato era feito geralmente por telefone e pessoalmente na UBS quando estava saindo ou chegando de visitas;

- acompanhamento do ACS nas visitas programadas para o dia, sendo que acompanhei ao total doze ACS, com no mínimo dois períodos do dia (manhã ou tarde) de acompanhamento com cada um deles. Então escolhemos, de preferência, o período da manhã para as atividades, especialmente porque, no período das observações, nove deles estavam fazendo o curso de capacitação para ACS e o mesmo acontecia quase todas as tardes e era realizado fora da UBS. No período que combinávamos de sair juntos, em uma das UBS saíamos a partir das oito horas e quinze minutos e na outra saíamos a partir das nove horas e retornávamos geralmente perto das doze horas, horário que coincidia com o intervalo de almoço.

Então, eu sempre chegava e dirigia-me aos ambientes na UBS nos quais eles geralmente estavam reunidos. Na UBS A havia uma sala denominada sala da ESF que é ampla e tem uma mesa grande com dez cadeiras. Já na UBS B, como os espaços são muito mais restritos e apertados, geralmente eu os encontrava nos corredores, na copa e na sala de guarda de seus pertences que mais parecia um almoxarifado pequeno.

Essa era a rotina dos dias em que eu ia até a UBS para acompanhar os ACS. Eu os deixava livres para escolher em quais residências passaríamos e, sempre que possível, visitávamos alguns portadores de DM2.

Em algumas oportunidades fomos a uma casa de paciente diabético e ficamos horas conversando, portanto fizemos somente uma visita no período. Houve casos em que passamos em mais de um paciente e todos eram diabéticos.

Todavia houve casos em que não passávamos em nenhum diabético, mas visitávamos um local diferente do bairro, pois queriam me mostrar uma área de maior vulnerabilidade social e econômica, quando muitas vezes visitaram crianças e gestantes e entregaram agendamento da pesagem do Bolsa Família.

As atividades foram diversificadas, acompanhei os ACS nas visitas sozinhos e também pude acompanhar visitas com outros membros da equipe (médico, nutricionista, enfermeira, auxiliar de Enfermagem), além de reuniões de discussão de caso de pacientes com necessidades urgentes na UBS, ações de combate à dengue, atividade em grupo de caminhada e de alongamento, curso de capacitação de ACS, que a maioria deles estava fazendo, e reuniões gerais na UBS.

Em alguns dias nos quais não agendei visitas, permaneci na UBS acompanhando a rotina, especialmente o atendimento aos pacientes e, em duas dessas ocasiões, elaborei o esboço das “plantas baixas” das UBS.

Os registros realizados na observação em campo foram feitos em blocos de notas (notas de campo), a seguir esses registros eram mais detalhados em tópicos em um caderno de campo, os quais foram a base para a produção dos diários de campo. O conjunto dos diários digitados resultou num volume de 172 páginas.

Após termos executado as leituras e analisado os diários de campos dos doze ACS, sentimos a necessidade de acompanhar um dos ACS por um período ininterrupto de uma semana. Para isso, escolhemos um deles, caracterizado como “bom informante” e que apresentou boa relação com os usuários e equipe, além disso tinha boa recepção em relação à pesquisa e também boa relação com a pesquisadora. Esse acompanhamento, que aconteceu no final do mês de fevereiro e início de março do ano de 2016, deu-nos a chance de apreender detalhes do processo de trabalho do ACS que porventura tivessem passado despercebido nas VD. Isso gerou mais 35 páginas de diários de campo.

Etapa II – As entrevistas

- Estudo das percepções do ACS quanto à vivência do portador de DM2 e seu autocuidado, mediante entrevista semiestruturada com uso de roteiro (Apêndice II).

A entrevista é a técnica de coleta de dados mais frequente no desenvolvimento do trabalho de campo e, por meio dela, o pesquisador procura adquirir informações inclusas no discurso dos atores sociais (MINAYO, 2010). Ao utilizar essa técnica, o entrevistador busca apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam e fazem em relação a determinado assunto (SEVERINO, 2007).

A entrevista é utilizada com o propósito de investigar um tema em profundidade e, por sua flexibilidade, é adotada como técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos de conhecimento (GIL, 2009). As entrevistas são úteis para verificar o que as pessoas conhecem, pensam, almejam e receiam, bem como para comparar essas percepções com as demais pessoas pertencentes ao grupo pesquisado, a fim de identificar valores compartilhados (GIL, 2010).

Na entrevista semiestruturada, o entrevistador tem autonomia para desenvolver cada situação na direção em que considere apropriada. “É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 180).

As entrevistas com os ACS, com os quais tive um contato mais próximo e contínuo, foram sendo realizadas no decorrer da observação participante, mais ao final do período, especificamente nos meses de outubro e novembro de 2015, quando, após as visitas, sentávamos em algum local da UBS e mediante o uso do roteiro eu desenvolvia a entrevista não gravada, por meio de anotações.

Salienta-se que as entrevistas foram feitas junto a seis dos doze ACS participantes da pesquisa elencados como “bons informantes”. A opção pela não gravação das entrevistas com os ACS foi para manter um ambiente mais informal, a fim de que o gravador não interferisse nos depoimentos e que os interlocutores não se sentissem constrangidos. Decisão essa que foi tomada após conhecer melhor os agentes durante o período de observação participante e pelo relato de alguns deles dizendo que não se sentiriam confortáveis se a entrevista fosse gravada.

Diante disso, o roteiro de entrevista no qual eu redigia as anotações era visto por eles. Cada um estava ciente do que eu anotava e quando restavam dúvidas eu conseguia perguntar novamente e ir elucidando cada ponto não entendido. Após as anotações no roteiro, executei a digitação das entrevistas.

O material de transcrição das entrevistas gerou um total de 27 páginas de dados que se somaram aos demais dados brutos e em seguida foram analisados.

2.4 Os Procedimentos de Análise

A pesquisadora realizou a leitura exaustiva dos diários de campo, fazendo anotações e destaques em trechos, segundo temas relativos aos objetivos da pesquisa.

A seguir, procedeu-se a elaboração de quadros orientados por eixos temáticos com trechos dos diários, organizados segundo os seguintes itens: tema, subtemas, trechos/falas, discussão e observações. Essa organização facilitou a consulta ao conjunto dos diários de campo e a extração progressiva de trechos mais significativos, o que permitiu realizar a construção textual que é apresentada no capítulo de resultados.

Por meio das leituras e análises, reconheceram-se os elementos nucleares do processo de trabalho do ACS na ESF, bem como a apreensão das práticas educativas do ACS junto a portadores de DM2, no qual foi possível extrair os obstáculos ao autocuidado.

2.5 Os Procedimentos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados os aspectos éticos disciplinados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - MS (BRASIL, 2012a).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos pela Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP sob parecer número - 722.214 e CAAE - 32479314.7.0000.5411, aprovado em 18 de julho de 2014 (Anexo II).

A solicitação de participação dos sujeitos na pesquisa se deu por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice III), então somente participaram do estudo os ACS que concordaram e assinaram o referido termo em duas vias. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo, a forma de participação e o tempo provável de duração dos trabalhos. Também foi assegurado a eles o livre consentimento e a liberdade de desistir da participação a qualquer momento, assim como sigilo das informações prestadas e anonimato na divulgação dos resultados da pesquisa.

Salientamos que os depoimentos provindos da observação participante e entrevistas estão apresentados no corpo do texto com destaque em itálico e com fonte menor. Os depoimentos dos interlocutores estão indicados pela sigla ACS e seguidas pelo nome, já os pacientes/usuários estão identificados apenas pelo nome. A fim de garantir o anonimato e preservar a identidade dos interlocutores (ACS) e de todos os demais sujeitos citados, os seus nomes foram substituídos em todo o texto.

Além da realização do trabalho em acordo com as normas e pesquisas com seres humanos, realizar-se-á a devolutiva dos dados aos pesquisados, aos membros da equipe da ESF de cada UBS e aos responsáveis pelo setor de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município. A pesquisadora fará uma apresentação oral dos resultados com o auxílio de recursos multimídia a todos os que estiveram envolvidos na pesquisa em local e data a serem agendados. E o trabalho, após ser finalizado, poderá ser encaminhado, em formato *PDF*, via e-mail aos interessados.

CAPÍTULO 3 – O CAMPO DE PESQUISA: DO ABSTRATO AO CONCRETO

3.1 Do Familiar ao Exótico

“A ‘realidade’ (familiar ou exótica) sempre é filtrada por determinado ponto de vista do observador, ela é percebida de maneira diferenciada. Mais uma vez não estou proclamando a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa”.

(VELHO, 1978, p. 129)

Embora não conhecesse as unidades de saúde selecionadas para este estudo, é necessário reconhecer que, ao atuar em campo nesta pesquisa, adentrei um universo bastante familiar, visto que em minha atuação docente acompanho e supervisiono alunos em estágios nas unidades de saúde e em domicílios de diferentes bairros de Londrina.

No entanto, como chama a atenção Velho, a relação “familiar – exótico” é complexa, pois podemos pensar que “o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar” o que não significa “ser conhecido”. Enquanto, aquilo que muitas vezes nos parece esquisito ou exótico, pode nos ser familiar (VELHO, 1978, p. 126).

A sensação de *déjà-vu* foi imediata ao entrar na unidade de saúde: a recepção com muitos pacientes à espera de atendimento, os funcionários do administrativo e os auxiliares de enfermagem chamando em voz alta o nome dos pacientes, fazendo-lhes perguntas e encaminhando-os para a sala de triagem, procurando prontuários, atendendo telefone. Pelos corredores, diversos funcionários entrando e saindo das salas, fazendo vacinas, entregando materiais para curativos. Outros funcionários aguardando para falar com a enfermeira coordenadora da unidade. Os ACS organizando seus materiais e conversando sobre pacientes com a equipe. O cheirinho de café ao aproximar-me da copa e o pessoal do serviço de apoio limpando e organizando os diversos ambientes da UBS.

A opção de escolher duas UBS foi inicialmente orientado por entender ser necessário garantir “*distância mínima*” do meu objeto de pesquisa (p. 123), talvez acreditando que fosse

possível garantir alguma neutralidade, como mais à frente neste estudo pude perceber ser pouco realizável, dado que é inevitável um envolvimento “com o objeto de estudo e de que isso não constitui um defeito ou imperfeição” (p. 123), mas a própria realidade experimentada no campo. Para Da Matta (1974 apud VELHO, 1978), a trajetória antropológica está sempre transformando o exótico em familiar e o familiar em exótico.

Nesse contexto, é possível que o pesquisador conheça o campo, mas no decorrer de sua investigação depare-se com algo que lhe parece ser exótico, no entanto, com o passar do tempo e com o encurtamento das distâncias, esse objeto pode ser melhor percebido tornando-se familiar (VELHO, 1978).

Trazendo tais reflexões para este trabalho de campo com ACS, percebo que, como enfermeira, embora não conhecesse esses profissionais e o seu trabalho, na vivência em campo foi possível conhecê-los e em especial o trabalho, as percepções e práticas desses profissionais. E curiosamente, aquilo que me parecia bastante familiar, tornou-se estranho e me impressionou vê-los em ação. O que especialmente me surpreendeu foi acompanhar a agente Lucia orientar a senhora Amália em sua casa. Com muita desenvoltura, segurança e domínio a orientou sobre o registro dos valores de glicemia capilar e verificou o uso de duas diferentes insulinas.

Assim, o processo de descoberta e interpretação do que é familiar pode envolver dificuldades diferentes quanto ao exótico. Conhecer o outro não é tarefa simples, dado que o conhecimento sobre os indivíduos é construído a partir de interações culturais e historicamente definidas (VELHO, 1978).

Para Velho, estudar o que é familiar tem vantagens quanto às possibilidades de revisão de enriquecimento dos resultados das investigações.

Acredito que seja possível transcender, em determinados momentos, as limitações de origem do antropólogo e chegar a ver o familiar não necessariamente como exótico, mas como uma realidade bem mais complexa do que aquela representada pelos mapas e códigos básicos nacionais e de classe através dos quais fomos socializados. O processo de estranhar o *familiar* torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações (VELHO, 1978, p. 131).

Nesse sentido, o processo de conhecimento da vida social sempre implica um grau de subjetividade, o que confere um caráter aproximativo e não definitivo ao trabalho do antropólogo (GEERTZ, 2008).

3.2 Do Formal ao Informal: da ética em pesquisa à ética das relações

A primeira aproximação com o campo aconteceu com o pedido de autorização e a negociação para a pesquisa. O encontro com os responsáveis pelo setor de pesquisa ocorreu na SMS, ou melhor, “Vila da Saúde”, comumente conhecida por todos no município de Londrina.

Nesse setor, em contato com a enfermeira responsável, obtive a autorização “provisória” e, após a aprovação pelo Comitê de Ética, a autorização “definitiva” para a pesquisa, o que me proporcionou o acesso a todas as UBS do município durante o período da pesquisa.

Para definição das UBS a serem campo da pesquisa, conversei com alguns profissionais da SMS que indicaram cinco unidades de diferentes regiões da cidade. Elas teriam equipes de Saúde da Família completas, com bons informantes e um trabalho mais organizado das equipes com usuários com diabetes. Essas cinco USF foram a base para a escolha das duas unidades para a pesquisa.

Em ambas as UBS, o meu primeiro contato foi com as enfermeiras, coordenadoras das UBS, por telefone, em seguida agendamos o encontro e a apresentação da pesquisa, juntamente com a entrega de uma cópia da autorização da mesma. Ao final da conversa passei o meu contato para comunicação e agendamos a apresentação com os ACS.

No encontro com os ACS, apresentei-me, disse que era pesquisadora, enfermeira e docente e pedi para que cada um se apresentasse dizendo nome e há quanto tempo estava trabalhando como ACS na ESF naquela UBS. Apresentados os objetivos da pesquisa, solicitei a colaboração “voluntária” de cada um deles. Eles receberam bem a proposta, procederam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (todos aceitaram participar, fiquei muito satisfeita) e preencheram formulário de identificação que elaborei para ter o contato deles.

Entreguei um cartão de visita da pesquisa que eu havia elaborado, com o título: “Pesquisa sobre Diabetes” e meus dados para contato (nome, telefone e e-mail), eles se dispuseram a colocar em local acessível e visível a todos.

Após as apresentações comecei a explicar a pesquisa, as etapas, os procedimentos metodológicos. Eles ficaram empolgados, começamos a trocar ideias. Falaram sobre a dificuldade dos pacientes na adesão ao tratamento do diabetes e que só começam a se cuidar quando as consequências aparecem, relataram que isso não ocorre por falta de informação,

mas, talvez, devido a uma gama de fatores como: cultura, condições socioeconômicas, familiares, hábitos e estilo de vida. Os ACS relataram que fazem muitas orientações, mas que precisam sempre repetir as mesmas coisas. Mas existem algumas exceções, alguns pacientes se cuidam bem e tomam medicamento de forma correta.

Uma das ACS disse ser muito importante o meu trabalho e querer muito participar, perguntando quando eu iniciaria os trabalhos. Ao final da conversa ela disse “você vai nos ensinar muito”; respondi: “eu é que vou aprender com vocês”.

Nesse momento, eu não havia realizado nenhuma observação, nem entrevistas, mas já estava encantada com a quantidade de informações e com um mundo conhecido por mim sendo enxergado por outro ângulo, com uma lente de aumento e com “cenas” jamais captadas por meus olhos anteriormente.

A partir desse dia, após ter me apresentado aos interlocutores da pesquisa, a coleta de dados finalmente teve seu encetamento e ocorreu conforme disponibilidade dos pesquisados. Assim, muitos diários de campo surgiram, além de muitas histórias surpreendentes, riquíssimas de detalhes e de verdades muitas vezes ocultas.

No começo me sentia muito receosa, suava frio ao ligar para a UBS e falar com os ACS a fim de agendar as visitas. Tinha muito medo da recusa deles, o que nunca aconteceu. Apenas alguns desencontros, como o dia em que uma delas faltou ao trabalho e não me comunicou e os demais já haviam saído para as visitas; os dias em que choveu e não saímos para as visitas, mas trabalhei outros itens, como a caracterização das UBS, as correções dos diários e as leituras incansáveis sobre os referenciais teóricos. Foi difícil me sentir parte do campo, mas, aos poucos, fui me envolvendo, ganhando a confiança deles e também me sentindo confiante. Percebi, desde o início, que não seria um percurso fácil, mas árduo, muitas vezes doloroso, no entanto muito gratificante.

3.3 Da Unidade de Saúde às Residências

A primeira a ser visitada foi a UBS A. Uma unidade ampla, com espaços bem divididos, com boa organização. Situada em uma esquina pequena de formato triangular circundada por três ruas, onde fica apenas a UBS, seu estacionamento e uma espécie de praça pequena com gramado, algumas árvores e um ponto de ônibus.

Está localizada em um bairro residencial com ruas largas, arborizadas, asfaltadas, com grande presença de idosos, digo isso pelas casas que visitei e por caminhar nas ruas e ver pessoas em suas varandas sentadas tomando sol, especialmente em dias mais frios.

O bairro é antigo, com muitas casas de madeira e estilo mais tradicional, com poucas construções novas. Possui centro municipal de educação infantil (CMEI), escolas que atendem o ensino fundamental e médio e diversas igrejas e poucos comércios.

Conta com um trânsito pouco intenso por ser mais residencial. Um bairro com poucas empresas, apresentando boas condições de moradia e de vida, com um nível socioeconômico de classe média-baixa.

A área de abrangência da UBS é de alta vulnerabilidade social, pois é reconhecida como uma área de comércio de drogas ilícitas.

Essa área de risco possui ruas estreitas e as casas são como um conjunto habitacional, ou seja, apresenta estrutura com pouco planejamento urbano. Sua população, na maioria, é de renda baixa. Diante disso, é um local onde muitos têm receio de acessar, por isso os ACS acessam sempre em dupla ou em grupo e relatam já serem conhecidos e respeitados pela população.

Segundo dados da UBS atendem cerca de 8.000 habitantes, sendo aproximadamente 50% de adolescentes/jovens e adultos; 40% de idosos (>60 anos); 8,5% de crianças (0 a 12 anos) e 1,5% de acamados. E tem em média 200 usuários com DM2 cadastrados o que corresponde a 2,5%.

A segunda a ser visitada foi a UBS B. Uma Unidade com espaços menores, sem sala de reuniões, com arquivo no corredor dificultando a circulação. Devido a esse espaço reduzido, fica prejudicada a organização dos ambientes, que acabam por se misturar.

Essa UBS está situada em um quarteirão amplo que possui também um minimercado e uma Academia da Terceira Idade (ATI). Localizada em um bairro de ruas estreitas, com algumas casas simples e, segundo os profissionais, com uma ampla área de vulnerabilidade social. O bairro em si apresenta boas condições de moradia e de vida, com nível socioeconômico de classe média-baixa. A UBS atende ainda a uma área “descoberta” com grande vulnerabilidade social e econômica, onde a preocupação maior recai sobre as crianças menores de dois anos e as gestantes.

A maioria das ruas é asfaltada e com boa arborização. Mas possui uma localidade que está distante da UBS e que não possui asfalto, apenas ruas de terra com cascalho, com um loteamento novo de casas e com regiões ainda não habitadas, circundado por áreas de

preservação ambiental. É um bairro também bastante residencial, com poucas empresas, mas possui CMEI e escolas que atendem até o ensino médio.

Tem um trânsito mais carregado, especialmente próximo às avenidas e em horários de pico, como o início da manhã e o fim da tarde. Isso se justifica por ter um grande número de pessoas da faixa etária ativa no trabalho e por ter também alguns conjuntos residenciais de prédios construídos mais recentemente e habitados, em sua maioria, por adultos jovens.

Segundo dados da UBS atendem aproximadamente 10.000 habitantes, sendo 65% de adolescentes/jovens e adultos; 22% de idosos (>60 anos); 12% de crianças (0 a 12 anos) e 1% de acamados. E possui cerca de 230 usuários com DM2 cadastrados o que corresponde a 2,3%.

Destacamos que, como os bairros escolhidos não eram de regiões centrais do município, ou seja, ficam na periferia da cidade, as pessoas gostam e incluem no seu espaço as plantas, o que remete mais ao ambiente rural. Nesse caso, remete-me ao passado também, à minha infância, em maior contato com a natureza, pois nasci e vivi até os cinco anos de idade na área rural e depois morei em cidades pequenas que retratam muito essa realidade. Isso ainda pode ser atribuído à criação e à história do município que tem sua origem baseada na atividade em áreas rurais (LONDRINA, 2016).

3.4 Refletindo sobre os Dilemas e Desafios

O ser enfermeira e ser pesquisadora

Um dos grandes dilemas durante a realização da pesquisa foi a minha identidade, quando fiquei muitas vezes entre dois polos: “o ser enfermeira e o ser pesquisadora”.

No primeiro contato, ao me apresentar como enfermeira aos ACS percebi que esta área de atuação ganhou um destaque muito maior do que minha posição neste trabalho como pesquisadora. Esse fato nos fez refletir que talvez a melhor forma de estar em campo seria apenas como pesquisadora, certo de que, com o passar dos dias, eu seria identificada, pelas conversas e pelas relações interpessoais, pois falávamos da vida, de nossas histórias e vivências. Pois, como eu estava em campo buscando reconhecer o processo de trabalho dos ACS, eles também buscavam saber sobre o meu trabalho.

A fim de discutir tal dilema, apresentamos brevemente o significado da identidade profissional na Enfermagem.

Para Freidson, a identidade profissional vista sob a ótica das profissões e do profissionalismo pode ser considerada como a representação dos próprios profissionais (com formação universitária) e a busca do reconhecimento pela sociedade e pelo Estado (FREIDSON, 1998 apud PIMENTA, 2014).

A identidade profissional na Enfermagem é muito singular e tem como base o “cuidado” do outro desenvolvido por meio de muita arte e pouca profissão segundo a precursora da profissão Florence Nightingale (BORGES, 1999).

Podemos dizer, então, que, em alguns momentos, passei por uma crise de identidade entre o ser pesquisadora e ser enfermeira.

Ao primeiro contato com os interlocutores, eles me perguntaram como deveriam me apresentar aos usuários. Nesse momento disse que eles poderiam escolher a forma que achassem mais adequada para me apresentar. A única coisa que pedi a eles foi para não me apresentar como sendo “enfermeira do posto”, no mais, poderiam dizer o que achassem conveniente e que os pacientes iriam entender sem receios. Essa decisão causou certa confusão “carinhosa” quanto à forma com que os ACS me chamavam na unidade de saúde: “visita”, “acompanhante de visitas”, “fiscal do meu serviço”, “uma amiga” e ainda “sombra”.

O ACS me apresentou dizendo – dona Marlei essa aqui é Simone, uma amiga que veio acompanhar a nossa conversa, ela está acompanhando todos os agentes para um estudo (ACS Luis, Marlei).

Após algum tempo no campo, os ACS já estavam habituados com a minha presença e não demonstravam nenhum constrangimento e apresentavam-me sem cerimônias, como é o caso da ACS Marines que tem 34 anos, nasceu em Londrina, é casada e tem duas filhas adolescentes, parece muito séria, mas depois de algumas conversas se mostrou bastante brincalhona. É muito empenhada em seu trabalho e muito carinhosa com seus pacientes. Como já são muitos anos de trabalho, considera-os como amigos. Possui curso técnico na área de saúde e disse que pretende um dia atuar na área que estudou, já trabalha como ACS há quatro anos.

Ao chegar à casa de Neide ela nos convidou para entrar e a ACS disse – dona Neide hoje trouxe a Simone comigo para ver como a senhora está. Ela vai fazer algumas visitas do posto conosco por um tempo para uma pesquisa (ACS Marines, Neide).

Aos poucos percebi que deixar livre a forma de apresentação não seria a melhor maneira de ser apresentada em campo e, como estava realizando uma pesquisa, era necessário que os sujeitos envolvidos soubessem meu nome e o motivo da minha presença com o ACS.

Por isso, ao chegar à residência, quando o ACS não me apresentava, eu dizia meu nome e falava aos usuários que eu estava acompanhando a visita para uma pesquisa.

Acreditava, em alguns momentos, que falar sobre a minha profissão e sobre o objetivo da pesquisa poderia influenciar ou direcionar alguns assuntos para temas que costumeiramente não são aludidos nas VD e na relação ACS - paciente diabético. Nesse sentido, eu posso dizer que tive receio em me apresentar como enfermeira e dizer que a pesquisa era sobre o trabalho do ACS com pacientes diabéticos e que tal “conhecimento” pudesse mudar as descobertas, pois o meu objetivo foi apreender o meu objeto o mais próximo da sua realidade.

Mas pode parecer bastante contraditório o meu “querer” e o meu “agir”, pois eu não estava conseguindo me desvincular da “persona” enfermeira, optei, então, pelo uso do jaleco em todos os momentos no campo. Atribuo tal decisão também ao seguinte fato: ao fazer os primeiros contatos com os interlocutores de pesquisa, observei que todos utilizavam jaleco diariamente como uniforme, os jalecos azuis marinho de mangas curtas.

Logo o meu questionamento foi: e eu como pesquisadora, qual seria o meu uniforme de campo? Esse questionamento, na verdade, me seguiu até o último dia no campo, mas decidi ir com meu jaleco branco de mangas curtas, ou melhor, sem mangas, com crachá da instituição onde curso a pós-graduação, de tênis e roupas confortáveis, conforme o clima da cidade, pois sabia que as caminhadas seriam longas. Cabe aqui dizer que o clima mudou bastante durante todo o período de coleta, passou de dias escaldantes a dias frios e outros chuvosos.

O fato de estar de jaleco foi um questionamento que me acompanhou durante todo o processo de pesquisa de campo, mas eu não o abandonei, sentia-me protegida usando-o e reconhecida pelas pessoas como alguém que fazia parte da UBS, “do posto”, como dizem corriqueiramente. O jaleco significava para mim a autorização para fazer parte das visitas e dos atendimentos, como uma forma de identificação e respeito aos usuários dos serviços de saúde, especialmente pelo meu trabalho se desenvolver, quase que exclusivamente, nas ruas e nos domicílios das pessoas.

Assim, avalio que o jaleco teve seus pontos positivos como inserir-me no campo identificada, tendo como referência “ser alguém da UBS”. Mas, por outro lado, talvez tenha significado para os ACS o meu papel de enfermeira, o que pode traduzir uma realidade do cotidiano deles em visitas com os membros da equipe de Enfermagem.

O uso do jaleco é motivo de questionamentos entre pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento. Nesse contexto, é possível observar que alguns pesquisadores também se

perguntaram sobre o uso do jaleco em campo: “Fiquei pensando se no caso de andar pelo posto, eu precisasse usar jaleco, tal situação me traria novas ‘identidades’ e dificultaria ainda mais o trabalho ‘informal’ que eu intencionava realizar” (BEZERRA, 2011, p. 21, grifos do autor). Em muitos casos, o papel do etnógrafo é parte da pesquisa etnográfica e o uso do jaleco nos serviços de saúde pode causar a impressão de uma inverdade, onde o pesquisador se vê disfarçado de profissional da saúde naquele ambiente (CHAZAN, 2005).

Outro questionamento que estava presente desde o início da pesquisa: como eu me portaria em campo? Como eu “desnaturalizaria” a minha presença no campo? Isso, tendo em vista, principalmente, a minha formação de enfermeira e ainda pela atuação enquanto docente, acostumada a falar, ensinar a melhor forma de lidar com os pacientes/usuários. Realmente, não foi nada fácil, muitas vezes, me conter no campo. Às vezes tinha vontade de elogiar aquele profissional pela atuação, em outras eu queria lhe falar com mais aspereza pelo seu jeito grosseiro de agir com os pacientes. No entanto, aos poucos, fui me acostumando e lidando com todas essas situações.

Da mesma forma, outros pesquisadores se questionaram sobre a “atuação” no campo, onde

[...] escolher uma forma de interagir, e até mesmo de se inserir com pessoas que formam determinado grupo, acaba levando a entender os conceitos que fundamentam essa forma metodológica da antropologia. Pensar como está em campo e o que se está sujeito a encontrar é uma maneira de encarar esse desafio e fazer-se presente dentro do universo estudado (BARROS, 2013, p. 132).

Surgiram situações em que fui chamada para atuar como enfermeira, pela própria enfermeira ou pelos ACS nas visitas, nesses momentos vivenciei grande dilema entre atuar ou manter a distância ficando com meu papel de pesquisadora.

Este caso aconteceu no dia em que eu estava acompanhando o ACS Denis que tem 29 anos e é simpático e muito brincalhão. Nasceu em Londrina, no bairro onde trabalha hoje. Sua família reside em sua maioria também no mesmo bairro. É casado, tem dois filhos adolescentes. Está cursando fisioterapia. Seu trabalho anterior foi como operador de máquina copiadora e atua como ACS há um ano.

Enquanto eu estava aguardando para sair com o ACS para a visita, uma das enfermeiras me chamou e pediu se eu poderia acompanhá-la em uma puericultura. Dizendo que da última vez achou um pouco estranho o comportamento do bebê em relação à mãe, que é adolescente, além de o bebê chorar muito. E nesse dia ela havia pedido a ajuda da psicóloga, mas que não poderia acompanhá-la.

Assim comuniquei ao ACS que estaria com a enfermeira e que em 15 a 20 minutos sairíamos para a visita. O ACS disse – fique tranquila, a hora que vocês terminarem lá a gente sai. E foi isso que aconteceu. Acompanhei o atendimento, e nesse dia mãe e criança estavam muito bem. Eu apenas observei e troquei algumas palavras com a mãe. [...] Após a puericultura retornei à sala onde estava o ACS e saímos da UBS iniciando a rotina de visitas do dia (ACS Denis, enf. Flavia).

Em outra situação, durante uma visita, o ACS perguntou se eu gostaria de colaborar na orientação.

O ACS me perguntou se eu gostaria de falar algo, como a situação estava bem complicada, meio sem jeito, tentei de forma bem breve explicar à Marlei sobre os benefícios da insulina e que não seria tão difícil, que ela mesma poderia aprender e fazer, e que deveria se cuidar por ainda ser muito jovem e ter muita vida pela frente, usei a mesma linha do ACS e pedi para que ela pensasse sobre o assunto. Ele foi bem incisivo dizendo - dona Marlei a vida dói, não é uma agulhadinha que vai doer mais. Marlei apresentou-se indiferente e bastante resistente com todas as questões da doença, principalmente com a alimentação e o uso da insulina (ACS Luis, Marlei).

Houve ainda uma situação em que, depois de refletir, percebi que poderia ter atuado como enfermeira, fazendo orientações em caso de necessidade.

Ao chegar à UBS conversei com o ACS para saber notícias de Josué que eu havia visitado com ele há 35 dias. Ele informou que ainda estava internado, mas que, segundo informações, não foi necessária a amputação do pé, apenas debridamento da ferida. O ACS disse – é, a coisa foi séria lá, e pelo jeito está bem complicada, mas a família disse que deve ter alta até amanhã. Assim fiquei mais aliviada, pois estava preocupada com o caso de Josué que foi internado alguns dias após a nossa visita. Fiquei me questionando se deveria ter realizado algumas orientações enquanto enfermeira e não apenas me restringido ao papel de pesquisadora naquele momento. Assunto este, que veio à tona em uma conversa de orientação ao lermos juntos o diário da visita (ACS Denis, Josué).

Sei o quanto é difícil adentrar um mundo que não nos pertence, que é repleto de detalhes e de curvas sinuosas com muitas luzes de alerta. Vejo que preciso ser muito contida, não expressar muitas vezes os meus sentimentos de descontentamento e reprovação em relação a algumas ações que presenciei. Vejo que mergulhar no mundo do outro enquanto pesquisador exige abdicar de muitos aspectos do meu mundo, especialmente, enquanto enfermeira.

Após algumas reflexões, percebemos que é difícil ser um pesquisador e colocar-se em campo, pois, muitas vezes, o nosso papel como profissional é exigido e não podemos deixar de atuar até por uma questão ética das profissões no campo da saúde.

Outro caso ilustrado nos diários mostra o meu envolvimento e preocupação com os pacientes, enquanto enfermeira, e o retorno dos ACS quanto à situação de saúde dos pacientes.

Após a conversa com um dos ACS, veio outra ACS e também me informou sobre o estado de saúde da paciente, Jussara, que havíamos visitado há uma semana, teve uma hipoglicemia severa e foi atendida e levada para o pronto atendimento pelo SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência). Mas retornou para sua casa no mesmo dia e agora já está melhor (ACS Fabiana, Jussara).

Cada vez que recebia informações dos pacientes que conheci por meio dos ACS me sentia parte daquele “grupo”. Vejo que após alguns contatos me torno alguém “natural” para eles, o que facilitou o nosso diálogo e abriu portas para a minha “investigação”.

Mas sempre me lembro das nossas conversas, professor Antônio e minha colega de doutorado Daniele, sobre o “desnaturalizar-se”, “deixar o ser profissional”, “silenciar a enfermeira” a fim de perceber o campo sem os meus óculos. Sempre, ao redigir os meus diários, percebia como é difícil ser pesquisadora, fazer etnografia, abeirar uma pesquisa de cunho antropológico e me silenciar. Pedia aos agentes para não me apresentarem como enfermeira, mas acabava fazendo questionamentos sobre a questão clínica dos pacientes e, em alguns momentos, o meu papel como enfermeira era de fundamental importância nas visitas. Essa questão, durante toda a coleta, polemizou os meus encontros com os pacientes.

Nesse contexto, podemos pensar no peso da identidade profissional do ser enfermeiro. Alguns autores afirmam que o modo de “ser” enfermeiro é expresso em sua forma de agir e de se expressar conformadas no tempo, no espaço e nas relações, ou seja, o enfermeiro é um ser que se constrói a todo momento e representa a conjunção do ser e suas percepções/expressões (BELLAGUARDA et al., 2011; VEGA, 2004).

Tenho aprendido muito, mas ainda tenho muitas dúvidas em relação ao andar da coleta e a “acumulação” dos dados. Aprendo a cada dia enquanto pesquisadora, e muito também enquanto pessoa, e tenho a cada dia a oportunidade de reavivar minha avó querida em minha memória. Não posso deixar de citar aqui o meu envolvimento com os pacientes, o fato de querer acompanhar as suas histórias após o nosso primeiro contato, na tentativa de agradecer pela oportunidade em adentrar as suas casas e conhecer as suas histórias.

A pesquisa sobre diabetes

Ainda é preciso destacar que, o fato de ter elaborado e direcionado a identificação no cartão da pesquisa com: “Pesquisa sobre Diabetes”, pode não ter sido a melhor forma de iniciar, pois tive que aos poucos ir desmistificando o meu papel, explicando os meus objetivos

e tentando dar outra visão e, dessa forma, demonstrar a eles que o meu objetivo era entender e caracterizar o trabalho cotidiano dos ACS, voltado para a educação em saúde, em especial a pacientes diabéticos. Além de informar que a pesquisa de campo seria longa e não precisavam alterar a rotina de trabalho com base nos meus objetivos, mas deveriam fazer o que já estava programado.

As visitas seguiram. Algumas vezes saíamos para ver os pacientes diabéticos que, segundo eles, selecionavam com carinho para mim. Em outras ocasiões, passávamos pela visita com diabéticos, mas também cumpriamos toda a rotina do período. Então tiveram períodos que realizamos apenas uma visita em uma casa de diabéticos, mas em outros chegamos a realizar dez visitas, uma em casa de pacientes diabéticos e outras nove para cumprir e fazer o raio de Dengue, além de fazer muitas entregas de guias de consultas de especialidades médicas.

Um comentário que me chamava atenção, além de eles dizerem que selecionavam com carinho, era o fato de quererem me mostrar os extremos, um paciente que se cuidava muito e outro muito “rebelde” como eles chamavam. Fatos esses que estão registrados nos diários de campo:

No caminho até a casa de Neide , fomos conversando e ACS já foi descrevendo a paciente – olha, dona Neide é bem tranquila, mas está com a diabetes muito descompensada. Ela está cuidando muito do marido que esteve internado há alguns dias e por isso está se esquecendo dos cuidados próprios. Então vamos até lá ver como ela está (ACS Marines, Neide).

Ao chegar à residência, o ACS foi me alertando - aqui você vai ver uma realidade bem diferente, dona Marlei é bem rebelde, se prepara (ACS Luis, Marlei).

Nas primeiras visitas me sentia pressionada, eles me viam como alguém especialista em diabetes, viam-me como a “solução dos seus problemas” com os pacientes diabéticos. Impressão essa que aos poucos fui tentando extinguir à medida que comentava com os ACS sobre os meus objetivos em relação à pesquisa.

Ao me encaminhar para a saída, encontrei a ACS que estava organizando suas fichas de cadastro de famílias. Ela me convidou para acompanhar uma visita a uma paciente com lesão no pé e com cuidados precários. Nesse momento me senti um pouco pressionada quando ela disse - ela está com uma lesão no pé, e aí você pode dar o seu “parecer” (riso angustiado). Eles me veem como alguém “especialista” em diabetes e parecem querer um apoio, um respaldo para as orientações (ACS Rute).

Sobre a minha apresentação no campo, após os seis meses de coleta de dados e muitas discussões, pudemos perceber que a forma como a mesma foi feita pode ter influenciado sobre os desdobramentos da pesquisa, mas não a ponto de comprometer os resultados.

Após as leituras aprofundadas dos dados e das conversas sobre os resultados obtidos, identificamos que haveria duas formas de proceder à entrada no campo:

- a primeira delas seria ter me apresentado apenas como pesquisadora de pós-graduação, sem salientar a minha profissão e sem informar o foco na educação em saúde para o autocuidado junto a pessoas com diabetes tipo 2 e realizar o acompanhamento ininterrupto de um ACS por no mínimo um mês.

- a segunda, que foi a executada, apresentei-me como enfermeira, docente e pesquisadora, com o foco no acompanhamento das atividades de educação em saúde junto a pessoas com DM2, e ainda com a assinatura do TCLE já no dia da apresentação da pesquisa.

Desse modo, a justificativa para a forma como a mesma foi executada se deve ao fator “tempo” e ao fator “amplitude da pesquisa”. Pois, em seis meses, foi possível acompanhar 52 VD com ACS, conhecer o trabalho dos doze agentes participantes, especialmente junto a diabéticos, sendo que, dessas visitas, apenas 13 não foram a pacientes diabéticos.

Se não tivesse informado a todos os objetivos da pesquisa e o foco da mesma, teria que acompanhar por muito mais tempo os trabalhos até que conseguisse visitas em domicílios de pessoas com diabetes e identificasse o trabalho de educação em saúde com vistas ao autocuidado, o que destoaria do período de realização da coleta de dados em uma pesquisa com prazos determinados.

Além disso, precisava conhecer os ACS para elencar os “bons informantes” para as entrevistas que foram realizadas junto a seis deles, sendo três de cada UBS pesquisada.

Duas falas que nos intrigaram foram às seguintes:

Hávamos combinado de sair para VD às nove horas e trinta minutos, Lucia disse para eu entrar e aguardar o seu retorno, e completou dizendo - já está tudo preparado para a visita (ACS Lucia).

Ao fazer as primeiras visitas nessa UBS, acompanhei o trabalho da ACS Valeria e do ACS Luis. Valeria tem 49 anos e é um doce de pessoa. Muito dedicada ao trabalho e amorosa com seus pacientes. Nasceu no Paraná e, segundo ela, passou a vida toda mudando de cidade. É casada, tem dois filhos, uma de 29 e um de 22 anos. Fez graduação em Geografia, lecionou por um pouco mais de um ano e desistiu. O seu trabalho anterior foi no setor de atendimento ao cliente. Atua como ACS há um ano.

No caminho informaram que seria primeiro a VD da ACS Valeria e depois do ACS Luis, e que eles haviam selecionado “com carinho” os pacientes, para que as VD fossem produtivas. Ao me falarem sobre a seleção dos pacientes, fiquei me perguntando: o que será que eles pensaram para fazer a escolha, e só depois das duas visitas me dei conta. Eles selecionaram uma paciente que julgam

ser toda certinha, que se cuida muito bem, e outra que classificaram como rebelde, que não está muito a fim de se cuidar, de aderir ao tratamento. Após a fala deles eu dei uma descontraída dizendo: ah essas são só as primeiras pacientes, vamos ter ainda muitas oportunidades (ACS Valeria e ACS Luis).

Sobre a primeira fala, percebi com o passar do tempo que o “preparo” que eles mencionavam estava relacionado ao material para a visita, como prancheta, caderno, lápis, caneta, protetor solar, chapéu, bilhetes/guias de exames e consultas/recados que tinham para entregar e que já haviam traçado um roteiro de que pacientes visitaríamos naquele período, os quais, em sua maioria, eram diabéticos.

Quanto à segunda fala, percebi que eles intencionavam mostrar os diferentes “tipos” de pacientes que eles conheciam e as dificuldades que enfrentam com alguns deles. A partir de então, percebi que deveria dizer a eles que não mudassem a rotina para atender aos meus objetivos, mas, mesmo assim, eles se esforçavam em fazer esse direcionamento.

Outro fator com grande significado e refletido por nós é a possível “alteração” da rotina pela minha presença. Os ACS agiam de forma parecida com a que executam quando estão na presença de outros profissionais de saúde da equipe. Nesse aspecto tentamos minimizar as possíveis “alterações”, como o exemplo da situação abaixo:

Ao me caracterizar como “sombra”, a ACS relatou que a rotina provavelmente seria um pouco diferente com a minha presença. Eu disse a ela que entendia a provável interferência, mas pedi que ela executasse o seu trabalho de forma costumeira e que me apresentasse aos pacientes como pesquisadora que estava a lhe acompanhar (ACS Valeria).

Isso também é percebido no diário de campo a seguir:

A ACS questionou – a senhora está comendo em que horário antes de deitar? - Ah eu janto às oito horas e depois não como mais, só no outro dia de manhã. Nesse momento a ACS explicou – Neide o certo é você comer algo bem leve antes de deitar, pode ser uns biscoitos de água e sal, ou uma fruta. Porque se ficar muito tempo sem comer, mais as horas de sono, quando você acorda está muito tempo em jejum e isso faz com que a glicemia abaixe muito. E falando em glicemia você está verificando? Neide foi até a sala e pegou um caderninho que utiliza apenas para marcar os resultados dos HGT. No caderno, na primeira que nos mostrou, com algumas manchinhas de sangue percebemos que ela anota logo em seguida ao exame para não esquecer o valor e que a glicemia está mais controlada. Os valores variaram de 69 a 160mg/dl. E, nesse momento, Marines disse – está bem mais controlada, lembra da outra vez que viemos há uns quatro meses, estava sempre mais de 300. A ACS questionou sobre a insulina – como está o uso da insulina? Está fazendo o rodízio? E Neide riu dizendo – eu faço certinho, eu mesmo que aplico, mas não consigo fazer no braço, nem no bumbum, então faço na barriga e na coxa. Às vezes eu tento fazer no braço na frente do espelho, mas dói muito depois.

Marines explicou – no braço você não consegue fazer sozinha, porque aí faz no músculo e precisa ser na gordurinha [...] (ACS Marines, Neide).

Conforme descrição, pode-se notar que o ACS questiona sempre como está o diabetes e vai logo fazendo orientações e demonstrando conhecimento em relação à dieta alimentar, às crises de hipoglicemia, ao uso de insulina e, dessa forma, faz orientações reforçando a prescrição médica e os aspectos biomédicos da doença e do processo de autocuidado.

Quanto a esse item, avaliamos que eles tentavam mostrar o seu melhor, fato já estudado por Mendes-Gonçalves, que afirma a existência de possíveis consequências limitantes, como o constrangimento dos sujeitos e o bloqueio do desenvolvimento dos trabalhos, mas destaca o aspecto da “falsificação” das ações por conta da presença do observador, quando o profissional tende a fazer o seu melhor. Nesse ponto o autor defende a técnica de observação no sentido de o sujeito utilizar-se do “falseamento para melhor”, o que indica que ele sabe como deve ser desenvolvida a sua prática. Fato esse que é passível de esquecimento após alguns dias de contato entre o pesquisador e o pesquisado (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Os ACS em nossas visitas realizavam um trabalho com foco no diabetes e na maioria dos casos com diversas orientações, fato esse que foi percebido em todas as VD, o que indica que a forma de abordagem e de educação em saúde, mesmo que mais expressivo em minha presença, segue esse padrão.

Nesse contexto, acredita-se que com todo esse período que passamos juntos é pouco provável que eu não tenha apreendido o meu objeto de trabalho de forma global e que, mesmo sofrendo algumas alterações, a essência do trabalho do ACS não foi perdida nas descrições dos diários e nas entrevistas.

Ao identificar as possíveis limitações em relação ao “falseamento para melhor”, decidimos realizar o acompanhamento da rotina como um todo, a fim de captar algo que fosse diferente e que tivesse passado despercebido. Esse acompanhamento se deve ao fato de querermos identificar mais características do processo de trabalho dos ACS de forma ampla e abrangente. Portanto escolhemos uma ACS que se apresentou muito receptiva à pesquisa, com boa comunicação, expressão de suas opiniões e que teve bom relacionamento interpessoal para acompanhar no período de uma semana de trabalho, sendo que eu chegava e saía nos mesmos horários de trabalho dela e acompanhava-a em todas as atividades cotidianas.

CAPÍTULO 4 - A TEORIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Com vistas a orientar a leitura crítica do trabalho do ACS em sua prática de apoio ao autocuidado das pessoas que vivem com DM, tomamos a Teoria do Processo de Trabalho de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992; 1994) como referência analítica.

Muitos trabalhos científicos em toda a América Latina estão sendo realizados utilizando a categoria analítica “Trabalho”, segundo a vertente marxista. Ressaltando os estudos de Donnangelo^{5,6}, Mendes-Gonçalves^{7,8,9} e Schraiber¹⁰, que descrevem os elementos constituintes do processo de trabalho e o papel do trabalhador na produção de serviços, sobretudo na área da saúde (PEDUZZI, 2001).

Antes de examinar a teoria do processo de trabalho em saúde, cabe introduzir alguns conceitos importantes da teoria do trabalho como elaborada por Marx.

O homem é um ser racional, característica que o diferencia dos animais. A base dessa diferença está na elaboração do projeto racional, ou seja, “o trabalho depende de uma construção prévia (intencionalidade), de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo” (MENDES-GONÇALVES, 1994 apud PEDUZZI; ANSELM, 2002, p. 393), já o animal não é capaz de elaborar o anteprojeto de sua intencionalidade.

O trabalho pode ser entendido como “um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas” (MENDES-GONÇALVES, 1994 apud PEDUZZI; ANSELM, 2002, p. 393). O trabalho é um ato do qual participam o homem e a natureza, ou seja, o homem transforma o material sobre o qual opera conforme o seu objetivo e necessidade. Assim ele transforma a natureza e se transforma também por meio do trabalho (MARX, 1994 apud PEDUZZI, 1998).

Além de o trabalho ser um processo de transformação da natureza e do homem, ele tem como característica principal a sua intencionalidade. Ou seja, “o trabalhador e as coisas

⁵ DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

⁶ DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

⁷ MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais del trabajo médico**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1984.

⁸ MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

⁹ MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

¹⁰ SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec; 1993.

objetualizam-se em instrumentos do social, conformando uma unidade técnica entre agente e meios do trabalho em direção a uma dada finalidade” (PEDUZZI, 1998, p. 19).

Portanto o trabalho pode ser entendido como um ato produtivo que modifica alguma coisa e produz algo novo e que envolve o homem e a transformação da natureza. Assim, um trabalho é diferente do outro de acordo com o que cada um produz (FRIGOTTO, 2008). Na sociedade capitalista o trabalho é produtor de ‘valores de uso’ e ‘valores de troca’ (FRIGOTTO, 2008; MERHY; FRANCO, 2008).

Os elementos que constituem o processo de trabalho são: o objeto, os instrumentos e os agentes. Pode-se então caracterizar o trabalho como:

[...] um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. E essa transformação se dá mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo de força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade (PEDUZZI, 1998, p. 23).

Todo processo de trabalho é determinado pelo objeto, ou seja, pela idealização do produto que o antecede e que serve de fio condutor, determinado então pelas relações sociais que situam cada trabalho dentro da divisão social deste. Nesse sentido, o objeto e a necessidade são indissociáveis e motivadores do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1984).

O processo de trabalho “somente pode ser apreendido enquanto tal se considerados, simultânea e articuladamente, todos os seus componentes. E ainda, que um dado processo de trabalho não ocorra isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente” (PEDUZZI, 1998, p. 23).

Destarte, na realização do trabalho, os sujeitos e seus projetos são transformados cotidianamente, não estando presos a um conjunto de regras, mas seguindo uma lógica de operacionalização (PEDUZZI, 1998).

Assim, objeto e instrumentos só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, ou seja, intermediada pelo agente de trabalho e a sua finalidade. O trabalho é, portanto, uma transformação, não só de objetos, mas do próprio trabalhador e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

As necessidades são sócio-historicamente determinadas e estão em constante alteração em cada era. Mendes Gonçalves cita um exemplo que clarifica tal determinação: o homem moderno não possui a necessidade de ter um arco e flecha para a sua sobrevivência, mas

entende-se que outros objetos são necessários para a sua ‘alimentação’ e assim garantir a sua sobrevivência (MENDES-GONÇALVES, 1992).

As necessidades individuais são também necessidades sociais, pois se configuram num processo histórico-social. Ou seja, as necessidades são expressas pelo indivíduo, mas só podem ser atendidas em um contexto social, tendo em vista que a produção humana acontece para satisfazer as necessidades particulares e de outrem (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Portanto é nos processos de trabalho que se apresentam a produção e a re-produção das necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Assim sendo, o trabalho em saúde é representado de forma simbólica pelo ‘ato de cuidar da vida e do outro’. Tendo como objeto central as necessidades de saúde dos usuários, sejam elas individuais ou coletivas, reconfiguradas por sua finalidade. Necessidades de saúde definidas como o resultado das intervenções dos profissionais sobre a procura do ‘doente’ devido a algum carecimento que precisa ser corrigido e com todo o seu contexto ‘social’ como pano de fundo da cena (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Observa-se que o trabalho “constitui mediação entre o homem e a natureza, mediação que opera transformações requeridas por necessidades humanas”. E para o trabalho em saúde, “esse processo opera também com objetos que têm uma dimensão simbólica e intelectual. [...] não há uma relação de externalidade entre o homem e a natureza, ambos são parte e todo e determinam-se mutuamente” (PEDUZZI, 1998, p. 19).

Então, inserido no modo de produção capitalista, o trabalho em saúde é tido como ‘serviço’. Dessa forma, os serviços não são produzidos como no setor de produção industrial (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), por isso temos na saúde a prestação de serviços que pode ser entendida pela interação intersubjetiva entre um trabalhador e um usuário a fim de atender uma necessidade, ou seja, é uma relação com vistas a uma finalidade (MEIRELLES, 2006).

Nos serviços, a produção e o consumo ocorrem de forma simultânea, sendo impossível a sua utilização enquanto mercadoria (MEIRELLES, 2006). Dessa forma, o trabalho em saúde é caracterizado como imaterial e dirigido a um fim.

Assim também ocorre na área da saúde,

[...] onde distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência. Necessidades essas que se manifestam e são apreendidas desde diferentes ângulos ou aspectos, porém sempre referidas ao mesmo âmbito de carecimentos humanos, à mesma esfera da vida humana – a saúde (PEDUZZI, 1998, p. 23).

Nesse contexto, o conceito ‘processo de trabalho em saúde’

[...] diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 323, grifos do autor).

Os processos de trabalho em saúde “não contêm, como dados invariantes internos a si próprios, nenhum objeto ‘natural’ e nenhuma necessidade ‘natural’. Seus objetos, e as necessidades que satisfarão, serão sempre humanamente naturais” e sócio-historicamente originados (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 27, grifos do autor).

Nesse sentido, o trabalho em saúde desenvolveu-se nas sociedades capitalistas ao redor de dois eixos: o controle da doença de forma efetiva e a recuperação da força de trabalho ora incapacitada pela doença, visando ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Vejamos que, até o século XIX, a ideia de doença era vista como algo do “mal”, depositado na pessoa e a sua cura era realizada, por exemplo, pelo Xamã, que possuía o papel de expulsar o mal. Já em princípios do século XX, com a colaboração da fisiologia e da patologia, surge a concepção individualizante e biológica, quando a doença passa a ser considerada como alteração morfofuncional do corpo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Com essas alterações de “pensamentos”, há também a mudança do objeto de trabalho e a necessidade do desenvolvimento de instrumentos capazes de efetivar na prática a transformação do objeto de trabalho em produto, ou seja, a necessidade individualizada orientando a finalidade do processo do trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nessa ótica, o processo de trabalho médico tem como objeto o corpo biológico e suas necessidades. Para agir sobre ele, o profissional se utiliza de instrumentos “materiais” como equipamentos e tecnologias que derivam de outros processos de trabalho e ainda se apropria e utiliza instrumentos “imateriais”, os saberes. Assim, por meio do trabalho, da relação interpessoal entre médico-paciente, objetiva-se atender uma finalidade, ou seja, chegar ao produto final, podendo ser entendido como a “cura” ou a recuperação da força de trabalho do indivíduo doente (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Já considerando a Epidemiologia, passa-se a ter outro modelo de organização do trabalho em saúde, que visa ao controle e à prevenção de doenças (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Essas mudanças passaram a exigir, além de prescrições individuais e atendimento às necessidades, prescrições sobre o coletivo, onde se passou a contar com o auxílio de outros profissionais e de novas formas de agir, a fim de atender às necessidades definidas como “comunitárias” (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Com base nas necessidades, os autores apresentam três possibilidades na esfera de valores para a assistência na APS: evitar reduzir as necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, valorizando a APS e sua complexidade; revalorizar a assistência integral, global, inovadora e tecnologicamente moderna; e instituir a dimensão subjetiva das práticas de saúde como parte da inovação tecnológica (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Dessa forma, é imprescindível discutir processos de trabalho em saúde a fim de compreender a assistência em saúde e o seu potencial transformador das necessidades ‘sociais’ de saúde.

Nesse contexto, a APS apresenta-se como serviço que possui tecnologias simplificadas por ser desprovida de tecnologia material relevante. Mas, com tecnologias próprias, têm o caráter complexo do saber operatório requerido e busca extinguir a ideia de redução das necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, valorizando a APS em sua complexidade, com foco no trabalho e sua interação.

Sendo o objeto e a necessidade elementos indissociáveis e que regem o trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1984), o trabalho do ACS segue dentro dessa linha, onde o seu objeto de trabalho, nesse caso, na educação para o autocuidado em diabetes mellitus, é a pessoa portadora de DM2 e as suas práticas de autocuidado.

Como o processo de trabalho ocorre por meio da articulação simultânea de todos os seus componentes (objeto, instrumentos e agentes) (PEDUZZI, 1998), pode-se afirmar que o trabalho do ACS na educação para o autocuidado em diabetes mellitus é realizado no momento das relações, quando o objeto é o portador de DM e o seu comportamento na prática do autocuidado; e os instrumentos são o diálogo, as normas biomédicas, que são traduzidas em saberes operatórios aprendidos no cotidiano com a equipe multiprofissional e nas relações com os portadores de DM, além do que é aprendido em cursos de formação para agentes de saúde.

Nesse contexto, o objeto de trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade, sobre o qual incide a atividade do trabalho, que não existe por si só, mas está envolvido em um projeto e possui uma finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Por fim, os agentes devem ser compreendidos no interior das relações recíprocas entre o objeto de trabalho, os instrumentos e as atividades no interior do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

São os agentes que possibilitam e expressam a existência concreta de uma dinâmica entre os instrumentos imateriais (saberes) e materiais (tecnologias) e as atividades do processo de trabalho. Portanto, o agente, além de ser quem viabiliza, de forma concreta, o processo por meio da inserção de ferramentas entre ele e o objeto, tendo em vista uma finalidade definida, sendo portador de um projeto específico, é também sujeito desse processo, uma vez que transfere para dentro do trabalho outros projetos de caráter coletivo e também pessoal (PEDUZZI, 1998).

O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva. Não há nenhum perfil de trabalho que dê conta, sozinho, do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. De tal modo, todos os trabalhadores, em todos os níveis de conhecimento, são fundamentais para o cuidado em saúde (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Nesse contexto da teoria do processo de trabalho, emerge o conceito de tecnologias em saúde. Onde é preciso definir tecnologia e depois empregá-la no setor saúde e, assim, ser entendida como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza, ou seja, os recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008).

As tecnologias em saúde podem ser entendidas sob dois segmentos: as tecnologias de produto (equipamentos e medicamentos) e as tecnologias de processo (os procedimentos). Dessa forma, Mendes-Gonçalves passa a definir tecnologia como o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em sua totalidade. Saberes esses definidos como ‘saber tecnológico’ ou ‘saber operante’ (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008).

O trabalho em saúde é executado com base em três valises tecnológicas. Na primeira – as tecnologias duras – onde se encontram os instrumentos; na segunda – as tecnologias leveduras – que são representadas pelo saber técnico estruturado; e na terceira – as tecnologias leves – onde estão as relações entre sujeitos que só se materializam em ato. Na produção do cuidado, o médico, por exemplo, pode utilizar-se das três valises, arranjando de

modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

Desse modo, pode-se entender o trabalho em saúde como:

[...] um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a **finalidade social** do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um saber operante e um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros (PEDUZZI, 2002, p. 82-83, grifos do autor).

Dessa forma, o trabalho em saúde que é visto como um trabalho social e reflexivo é composto por objetos – o homem, o usuário e suas demandas de saúde-doença; por instrumentos – os saberes, as relações interpessoais entre objeto e agente e os próprios instrumentos de trabalho; e pelos agentes – os profissionais que por meio de seu trabalho, que é um processo econômico de produção, desenvolvem a arte do cuidado em saúde.

A partir da complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, entende-se que é necessário amalgamar os três tipos de tecnologia para que se produza assistência de qualidade, essa expressa em produção de maior autonomia do usuário sobre a sua vida e o estar no mundo, além de maior defesa da vida do usuário e maior controle dos riscos de adoecer ou morrer (FRANCO; MERHY, 2013).

O debate em torno do processo de trabalho tem se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Verifica-se que, no modelo médico hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. No entanto, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos ao usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’, como fonte de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (FERNANDES, 2014, p. 115-116).

Na APS, especialmente na ESF, para que o trabalho da equipe multiprofissional dê frutos, é necessária a articulação das ações, a interação comunicativa e o compartilhamento de saberes. Assim, é destacada a importância de um processo de comunicação efetivo, da elaboração de um projeto assistencial em comum entre os profissionais, onde cada um faça o

que é de sua especificidade, mas de forma participativa, com flexibilidade na divisão do trabalho e autonomia técnica com interdependência, visando atender às necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI, 2001).

No âmbito do processo de trabalho em saúde, as ações precisam ser desenvolvidas com base na objetividade e na subjetividade de cada caso, sendo que a individualização e a diferenciação de cada usuário são inerentes a esse processo (PEDUZZI, 1998).

Os profissionais de saúde, em suas situações de trabalho, “por meio da interação com o(s) usuário(s), procedem a uma avaliação e/ou interpretação da demanda e, com base nessa apreciação e nos conhecimentos de cunho técnico-científicos, tomarão a decisão acerca da intervenção procedente”. Ainda, no desenvolver de suas ações, precisam usar de sua autonomia técnica dependendo de sua categoria profissional (PEDUZZI, 1998, p. 45).

Essa autonomia está “relacionada à complexidade do trabalho e a algum grau de incerteza e realiza-se por intermédio da qualificação intelectual dos agentes e do espaço decisório implícito às ações de saúde” (PEDUZZI, 1998, p. 45).

Vê-se que no trabalho em que atuam diversas profissões, com suas especialidades, como é o caso da ESF, a mola definidora da autonomia técnica é a possibilidade de tomada de decisões do agente sobre as necessidades do usuário. Assim, destaca-se, nessa modalidade de trabalho, o papel do médico e do enfermeiro. Sendo o médico o definidor de ações voltadas ao usuário e suas demandas de saúde-doença; o enfermeiro especialmente como coordenador/gestor da equipe sobre os demais profissionais sob sua ‘supervisão’ (PEDUZZI, 1998; SCHRAIBER, 1993). Nesse caso, destaca-se o trabalho dos ACS que, mesmo com o seu constructo, com formalização de suas ações dentro desse modelo assistencial, está ‘subordinado’ ao enfermeiro e à equipe de modo geral. Isso, muitas vezes, pode incorrer em desmotivação para o trabalho, devido à forte hierarquização e à cerrada determinação dos papéis sociais dentro do trabalho. Como dito acima, o trabalho e a autonomia técnica são definidos pela qualificação **intelectual** e pelo processo de tomada de decisões para com os usuários (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; TOLENTINO; ANDRADE, 2008).

Não é possível, então, por características históricas e sociais do trabalho, torná-lo ‘natural’. Portanto, “ao se falar em trabalho em saúde contemporâneo, falamos de processos de trabalho peculiares a uma dada conformação social, o capitalismo, inerentes às práticas de saúde na modernidade e articulados às demais práticas sociais da época” (PEDUZZI, 1998, p. 47).

Portanto, o trabalho em saúde desenvolvido de forma coletiva compõe-se de distintos saberes que precisam ser integrados, aprendidos e vividos na prática (PEDUZZI, 1998).

Dessa forma, é um grande desafio no processo de trabalho aqui estudado – processo de trabalho do ACS - compreender e integrar os saberes técnicos/biomédicos que se aproximam do discurso médico e os saberes da experiência tanto no âmbito da equipe multiprofissional, como no âmbito profissional-usuário.

CAPÍTULO 5 – O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

5.1 Conhecendo os Agentes Comunitários de Saúde

O grupo de ACS que participou do estudo apresentou-se predominantemente constituído por mulheres jovens, com idade média de 36 anos, e que vivem com parceiro em relacionamentos estáveis.

Destaca-se em diversos estudos a predominância do sexo feminino na profissão de ACS e idade geralmente na faixa de 30 a 40 anos de idade (FERRAZ; AERTS, 2005; JORGE et al., 2015; KLUTHCOVSKY et al., 2007; PERES et al., 2010).

A maioria dos ACS pesquisados possuía ensino médio completo, mas três deles já haviam concluído o ensino superior. Todos já realizaram ou estavam realizando o curso de capacitação para ACS no momento da pesquisa.

O nível educacional também é próximo do encontrado em outros estudos realizados no Brasil, onde a maior parte dos ACS possui ensino médio completo (JORGE et al., 2015; KLUTHCOVSKY et al., 2007; PERES et al., 2010).

O tempo de atuação na ESF variou de dez meses a doze anos, sendo que, na situação de “concursados” pelo município, estavam atuando há, no máximo, um ano no momento da realização desta pesquisa, data que corresponde à nova forma de contratação de ACS no município, ou seja, por meio de concurso público. Além disso, os trabalhos anteriores variaram muito, mas apenas um dos participantes possuía contato anterior com a saúde.

Autores afirmam que o tempo que os indivíduos atuam como ACS reflete a interação e a visão que adquirem com a equipe e a comunidade. E ainda, esse tempo pode expressar grande relevância para a prática do cuidar no âmbito da comunidade, uma vez que a troca de experiências com a equipe e o paciente viabiliza aquisição de conhecimentos e habilidades para desenvolver suas funções, além de fortalecer o vínculo com as famílias, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança (SANTANA et al., 2009, SOUSA et al., 2010).

Cabe observar que nenhum dos ACS tinha experiência anterior no cuidado de algum familiar ou pacientes com diabetes e muito menos eram portadores desta condição.

Boa parte dos ACS relataram gostar dessa vivência profissional e estarem satisfeitos com ela, como a agente Fabiana relata: *Não sabia ao certo o que fazia um ACS, mas hoje, já há 10*

meses na função e fazendo o curso de capacitação para ACS, estou gostando do que faço. E pretendo continuar por um tempo, pois estou feliz com o meu trabalho (ACS Fabiana).

Os ACS, em grande parte, sentem-se satisfeitos com o trabalho, “quer pela sensação de gratificação pela ajuda ao outro e de resolubilidade, quer pela ampliação do conhecimento na área da saúde e reconhecimento da população por esse conhecimento”. Mas, em meio a esse espaço de satisfação, podem estar presentes os sentimentos de angústia no acompanhamento das vivências como agente de saúde (SILVA; DALMASO, 2002, p. 159).

Todavia, se por um lado, para boa parte dos ACS, o trabalho lhes dá satisfação, por outro é, ao mesmo tempo, uma vivência cansativa e produtora de angústia e sofrimento, de muitas caminhadas e de muito envolvimento com a vida da comunidade.

A ACS Rafaela tem 35 anos, nasceu no Paraná, é muito esportiva, conversadeira e divertida. É solteira e tem um filho pequeno. Seu trabalho anterior foi no setor de educação infantil. Atua como ACS há um ano e relatou:

[...] Eu nunca havia atuado com saúde, mas já estou querendo sair, isso aqui é muito desgastante, me envolvo demais e acabo sofrendo. [...] o trabalho é pesado, é sofrido, mas acredito que preciso fazer bem feito já que me propus a fazer isso (ACS Rafaela).

Para o ACS Luis, envolver-se com o sofrimento do outro é penoso, pois “a nossa realidade é dura”. É muito sol, são muitas caminhadas, e sem contar ainda o peso psicológico, pois nós sofremos com a dor dos pacientes e vivenciamos muito os problemas deles”.

Estudo mostra que os ACS, por serem também membros da comunidade, possuem uma relação afetiva e de proximidade física, intelectual e social com a população, o que cria vínculo e os faz conhecedores da complexidade e dos problemas do meio onde vivem. Essa aproximação pode gerar sofrimento que, muitas vezes, se manifesta por meio de sintomas físicos ou psicológicos, como o estresse e o esgotamento, podendo gerar a vontade de deixar o trabalho (LUNARDELO, 2004).

No que diz respeito à expectativa do trabalho, os interlocutores se dividem em dois grupos: os que querem seguir como ACS e os que possuem outros objetivos de vida como a conclusão dos estudos em outras áreas, a aprovação em outro concurso público ou a retomada do trabalho na área de atuação anterior.

Não quero ser ACS por muito tempo, estou prestando outros concursos e quero terminar a minha graduação, mas, enquanto eu for ACS, vou fazer tudo com muito amor e dedicação, além de querer ver sempre uma melhora na vida das pessoas em vários aspectos e não apenas no que tange à doença física (ACS Luis).

Antes de trabalhar como ACS, atuei como técnica em Enfermagem durante cinco anos em uma clínica de otorrinolaringologia. Pretendo voltar a atuar na Enfermagem. Estou prestando

concursos públicos na área. Gosto do que faço hoje, mas pretendo atuar na Enfermagem (ACS Marines).

Pesquisa também revelou que os planos para o futuro dos ACS incluíam a perspectiva em continuar os estudos, tanto no sentido de uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e manter-se como ACS, quanto no sentido de adquirir uma nova profissionalização (SILVA; DALMASO, 2002).

5.2 O Agente Comunitário de Saúde em Ação

Vamos retratar um pouco o trabalho do ACS no município de Londrina, de modo geral, falar sobre as atribuições e as principais atividades desenvolvidas junto à população no âmbito da ESF.

O turno de trabalho dos ACS é de oito horas diárias, com uma hora de intervalo, ou seja, uma carga horária de 40 horas semanais, geralmente das oito às dezessete horas. Em alguns casos, conforme demanda do trabalho, eles podem alterar os horários, como, por exemplo, iniciar os trabalhos às sete horas e encerrar o turno de trabalho às dezesseis horas. Os horários de trabalho são alterados conforme necessidade e sob autorização da enfermeira coordenadora da UBS.

Geralmente eles chegam, batem o ponto e começam a organizar a rotina diária, como olhar as fichas de VD, os recados e guias que têm para repassar à população e as demandas que provêm por meio de recados da equipe ou de pedidos, especialmente, dos profissionais do NASF para acompanhamento de visitas e de atividades em grupos.

A partir do trabalho etnográfico, de maneira colaborativa entre pesquisadora e pesquisados, foi possível elaborar o seguinte quadro de atribuições:

Quadro 02 - Atribuições cotidianas do ACS na ESF. Londrina, 2016

- Visita de confirmação de endereços para abertura de prontuários de pacientes;
- Visita de cadastramento e atualizações de cadastros de pacientes e familiares;
- Visitas domiciliares regulares, com atenção especial a crianças, gestantes, idosos e pacientes com doenças crônicas;
- Acompanhamento de visitas domiciliares com os demais profissionais da ESF e NASF aos pacientes e seus familiares;
- Acompanhamento de atividades propostas pelos demais membros da equipe, em especial pelos profissionais do NASF, como grupos de educação em saúde;
- Entrega de guias de exames de especialidades, passes de transporte coletivo, recados, entre outros;
- Busca ativa de faltosos em atendimentos pela UBS e especialidades (consultas médicas, vacinas, atendimento por demais profissionais etc.);
- Pesagem e acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família;
- Orientação e acompanhamento da equipe de Enfermagem em coleta de exames laboratoriais no domicílio;
- Digitação de cadastros e de produção no E-SUS;
- Atividades de educação em saúde coletiva;
- Participação em reuniões de equipe e discussão de casos;
- Participação em reuniões gerais;
- Participação em campanhas de prevenção à saúde na UBS;
- Participação em curso de capacitação;
- Realização de Raios da Dengue e ações como ACE;
- Escala de ajuda no acolhimento na recepção/balcão conforme escalas, especialmente em dias de coleta de exames e de maior movimento;
- Organização e guarda de prontuários.

As atividades como acompanhamento de grupos, acolhimento e ajuda na recepção/balcão, e a digitação no E-SUS são previamente definidas em escala entre os ACS e com concordância da coordenação.

Algumas das atividades desempenhadas pelos ACS provindas da demanda da unidade diferem das atribuições previstas na política nacional, como é o caso da atuação como Agente de Combate a Endemias (ACE), acolhimento e ajuda na recepção e organização e guarda de

prontuários. Essas são atividades oriundas da necessidade de cada UBS e da organização de cada equipe, podendo diferir em cada unidade de saúde.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica de 2012, já mencionada no capítulo dois deste estudo, além das atribuições previstas nessa política “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições” mencionadas (BRASIL, 2012c, p. 50).

Assim, observa-se no contexto estudado a relevância das VD no trabalho dos ACS em Londrina, ou seja, as visitas representam a maior parte do trabalho dos ACS. Nesse contato com os pacientes são realizadas ações de educação em saúde, vigilância em saúde, acompanhamentos de saúde, além de ações com finalidade mais burocrática como confirmação de endereços, entrega de guias de consultas e recados, entre outras.

Passamos agora a descrever o agente em ação, mostrando um pouco do seu cotidiano de trabalho em diferentes atividades. Tais cenas foram selecionadas por representarem a maior parte do trabalho dos ACS acompanhados, sendo que o propósito de cada uma delas é alterado conforme necessidades e demandas sejam elas dos usuários ou da própria UBS.

O ACS visitador: das funções mais burocráticas ao “terapeuta”

No contexto do ACS visitador retratam-se as VD que acontecem de forma regular, onde se buscam informações sobre o estado de saúde-doença do paciente, e se faz uma busca de necessidades pontuais e orientações necessárias, sejam elas individuais ou com outros profissionais da equipe, e ainda se faz o trabalho de “mensageiro”, de “vigilante” e de “terapeuta”.

Enquanto “mensageiros”, os ACS atuam entregando documentos aos pacientes, como guias de exames para especialidades e lembretes sobre atendimentos na própria UBS. No momento do “encontro”, geralmente, aproveitam para abordar brevemente a situação de saúde-doença dos usuários.

Com o ACS Denis visitei Sara, uma senhora de pouco mais de 50 anos que reclamou muito do marido, pelo fato de ele manter um bar em anexo à casa e por ingerir bebidas com alta frequência. Após alguns minutos de queixas de Sara, o ACS orientou-a a procurar o grupo de ajuda da psicóloga do NASF e foi logo entregando a guia e dizendo: *essa é a guia da consulta dele (marido), aqui está escrito a data e o local, e tem ainda o telefone, se precisar pode ligar para tirar dúvidas ou procurar a UBS caso não consiga ir no dia agendado. Assim já fomos nos despedindo e saindo em direção a outras VD.*

Na função de “vigilante” em saúde, destacamos aqui o seu papel de fiscalizar o uso correto de medicamentos para o tratamento supervisionado diário, mas que também é realizado no caso de outras doenças crônicas, em acompanhamentos semanais ou mensais conforme necessidade.

Também com o ACS Denis, acompanhei o caso de Jesus, que é casado com Aurélia há mais de 60 anos, ambos muito ativos e conversadores. Jesus estava tomando medicamentos para tuberculose e o ACS precisa visitar para acompanhar o uso correto dos medicamentos, então ele leva os medicamentos e recolhe as embalagens já utilizadas. Assim tentam fazer o controle do uso dos medicamentos durante todo o tratamento, que dura meses.

Durante o trabalho etnográfico, tive a oportunidade de acompanhar a ACS Rosemeire. Ela tem 43 anos, casada, mãe dois adolescentes e atua neste trabalho há sete anos. A primeira impressão foi de ser muito séria e fechada, mas aos poucos mostrou-se muito simpática e cordial com as pessoas que encontrava na rua e com as que visitamos.

Nessa VD, com a ACS Rosemeire, acompanhei o caso de Leocádia, uma paciente que tem um histórico de câncer na face e ainda em um dos pés. Já se submeteu a várias cirurgias e o câncer sempre apresenta recidivas. Uma história de superação, de fé, de dor e de muito sofrimento. Passamos por volta de uma hora conversando e a paciente foi desabafando sobre as dificuldades de conviver com o câncer, com as dores, com a tristeza e de seguir o tratamento. Relatou-nos ainda sobre o marido que está com depressão e fazendo o uso de álcool. [...] *Ao final da conversa Leocádia disse – eu agradeço muito a vinda de vocês aqui. Foi Deus quem enviou vocês hoje porque eu estava precisando. Vocês foram as minhas terapeutas. Que Deus abençoe a vida de vocês. Percebi que a ACS ficou bastante comovida com a situação da paciente e com muito respeito ouviu atentamente e disse algumas palavras de apoio. Emocionadas, fomos nos despedindo, e a ACS disse que retornaria em breve.*

Já o ACS na VD, com outros profissionais da equipe, atua principalmente como guia e como informante, pois ele direciona o caminho e vai repassando informações sobre a pessoa a ser visitada. Mas, conforme o perfil do profissional que ele acompanha, é chamado para fazer “orientações”, especialmente, para reforçar a prescrição médica e ainda estimular o autocuidado.

Com a auxiliar de enfermagem Vania, a ACS Valeria e o médico Paulo, visitamos Otília, uma paciente idosa que fez uma mastectomia total devido a um câncer, além disso, é hipertensa, mas a preocupação da consulta desse dia foi o resultado do exame de glicemia bastante alterado. Nesse dia tivemos a oportunidade de ver o médico dando o diagnóstico de diabetes: [...] *A senhora está muito bem, o colesterol reduziu, mas tivemos uma alteração aqui na*

quantidade de açúcar no sangue, para isso eu acho bom a senhora começar a tomar o medicamento, eu vou passar aqui uma receita e a senhora vai tomar um comprimido duas vezes ao dia e vamos continuar avaliando. Daqui uns três meses nós repetimos o exame e eu continuo avaliando a senhora.

Doutor Paulo disse para a ACS e eu irmos conversando com a paciente, então a ACS começou a conversar com a paciente sobre a sua alimentação. A paciente relatou que estava comendo no café da manhã todos os dias uma banana cozida. Falou sobre o fato de a banana ser bastante doce e a orientou a não comer todos os dias, para que ela pudesse comer também pães integrais, biscoitos integrais. A ACS ainda falou sobre a importância de ingerir proteínas por meio de carnes e de ingerir legumes e verduras. A paciente Otília, muito querida, foi logo dizendo: *eu me cuido muito, o meu colesterol baixou porque eu reduzi bastante as gorduras, agora que eu sei que o açúcar está alto vou reduzir bastante a quantidade de açúcar também e logo, logo, vocês vão ver, os meus resultados de exames estarão normais. Eu sei que preciso me cuidar e eu consigo me cuidar, vocês podem ficar tranquilas.* O médico passou a receita do medicamento para paciente e disse para o filho que buscasse o medicamento para sua mãe na UBS e orientou a forma como ela deveria tomar. Não houve nenhum espanto e nenhuma queixa, mas a paciente disse - *se eu soubesse que o açúcar estava alto já estaria me cuidando.* Assim fomos nos despedindo e saindo.

Também descrevemos a atuação dos ACS no combate a dengue, pois no período de coleta dos dados eles estavam desenvolvendo diversos trabalhos devido a uma epidemia no município. As atividades englobavam o raio da dengue, visita/acompanhamento de casos suspeitos da doença, inspeção das casas e quintais como ACE e eliminação de focos do mosquito da dengue.

Com a ACS Valeria, visitamos Adélia, uma senhora de mais de 60 anos, de fala e olhar muito alegres. Na residência, a ACS precisava fazer um raio de dengue, que é um procedimento padrão, quando são visitados dez domicílios vizinhos ao caso suspeito de dengue, com inspeção do quintal e perguntas aos moradores em busca de sintomáticos, além de orientações quanto aos cuidados com o mosquito transmissor. Ao dizer sobre os objetivos da visita, a paciente nos convidou para entrar e a ACS disse que seria bem rápido. Rapidamente a ACS perguntou sobre os medicamentos para hipertensão e diabetes e orientou a usuária sobre o grupo de nutrição que acontece às quintas-feiras na UBS e que tem como foco a dieta alimentar. Em seguida a ACS pediu para dar uma olhada no terreno devido à necessidade de inspeção. A ACS parabenizou a paciente pelos cuidados com os possíveis criadouros do mosquito *Aedes Aegypti*.

Em outra oportunidade acompanhei o trabalho dos ACS no combate ao mosquito, quando fizemos ações juntamente com um ACE, a fim de eliminar criadouros.

Já de manhãzinha, os quatro ACS, uma ACE e eu caminhamos até a área que abrigava um criadouro do mosquito *Aedes Aegypti*. A limpeza consistiu em eliminar possíveis focos do mosquito, eliminando objetos que continham água parada (imagem 1). Durante a manhã coletamos muitas larvas do mosquito (imagem 2) e despejamos muitas águas paradas. Após muito trabalho sob um sol escaldante, retornamos à UBS, ficamos alguns minutos na área externa do posto onde tem uma sombra bem agradável com várias árvores e um espaço ao ar livre que é utilizado, geralmente nos intervalos (ACS da UBS B).

1-Criadouro do mosquito



2-Larvas coletadas



Fonte: arquivos pessoais da pesquisadora

De modo geral, os ACS atuam de forma a atender as necessidades mais emergentes da população, como descrito acima, o foco estava no acompanhamento de pessoas doentes por meio das VD e na prevenção da dengue, uma doença epidêmica no município no momento da coleta dos dados.

Trabalho realizado com ACS em São Paulo mostra que dentre as atividades por eles desempenhadas, destacam-se as ações de “prevenção” junto à comunidade, tendo como ponto central as “orientações” com foco na prevenção de doenças, no ambiente e no saneamento (SILVA, DALMASO, 2002, grifo nosso).

Além das atividades que descrevemos, é possível observar no discurso dos ACS a preocupação com a vigilância em saúde:

O nosso trabalho como ACS é muito importante, pois somos nós que vamos à casa das pessoas, nós que ficamos cobrando-os sobre os cuidados com a saúde, nós fazemos o papel de vigiá-los. Quando estamos lá e cobramos, damos ênfase aos problemas de saúde, assim eles se cuidam mais

e vêm à unidade. O nosso foco são as crianças, a busca de faltosos, as gestantes, mas também os idosos (ACS Fabiana).

Em Porto Alegre, estudo também mostrou que a maior parte do trabalho dos ACS é preenchida por VD e por educação em saúde. Sendo as orientações mais comuns, os cuidados de higiene, imunizações, cuidados com gestantes e recém-nascidos, além do uso correto das medicações. E ainda, ao avaliar o relato dos ACS, notou-se que estes trabalham na ótica da prevenção de doenças por meio de atividades pontuais, deixando de considerar, muitas vezes, as necessidades dos diferentes grupos sociais da comunidade (FERRAZ, AERTS; 2005).

5.3 O Ser, o Saber e o Fazer do Agente Comunitário de Saúde¹¹

O Ser ACS

O ACS é um personagem-chave na implementação do SUS, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da APS e a comunidade (BRASIL, 2009a). Assume uma posição bidirecional, pois é um membro da equipe de saúde e um morador da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto da comunidade com o serviço de saúde (PERES et al., 2010).

O ACS é um profissional que deve ser recrutado no próprio bairro em que irá atuar, com o objetivo de trazer para o seu trabalho conhecimentos e familiaridade das necessidades de sua comunidade. Sendo, portanto, um agente mobilizador da participação popular nos planos político e educativo, além de exercer funções de vigilância em saúde e estimular o controle social (SCHMIDT; NEVES, 2010).

“Idealmente, trata-se de imaginar um profissional capaz de estabelecer pontes e vias de comunicação entre os modos de vida e saberes populares e as formas de cuidado e controle informadas pelos saberes científicos especializados” (SCHMIDT; NEVES, 2010, p. 229).

Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. A atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico (BRASIL, 2009b).

¹¹ Título inspirado na obra de SILVA; DALMASO (2002). SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Estudo realizado com ACS de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, demonstra que os agentes ao se assumirem como “anjo da guarda” e “salvador da pátria” colocam a comunidade no lugar de quem é carente e precisa de ajuda. Nesse sentido, sua atuação acaba se reduzindo a ações assistencialistas e intervencionistas (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Assim, refletir sobre os sentidos de ser ACS caracteriza-se como um processo, assim esse agente vai sendo constituído a partir de suas vivências no cotidiano do trabalho, passando por ressignificações constantes dentro de um contexto sócio-historicamente construído (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Ao exporem os motivos que os levaram a ser ACS, a questão da estabilidade do serviço público, do trabalho social e da possibilidade de ajudar as pessoas foram enfatizadas.

Fiz o concurso para ACS sem saber ao certo o que era e quais as atribuições. Mas o meu interesse foi pelo fato de ser um concurso público, que garante estabilidade e benefícios, além da quantidade de vagas oferecidas [...] (ACS Denis).

Gosto muito de lidar com pessoas, de conversar e poder ajudar, e vi nessa função uma chance de poder fazer tudo isso. Mesmo não conseguindo ajudar muito, às vezes noto que uma pequena ação promove resultados e é isso que dá satisfação em continuar. [...] Sou ACS há nove meses e estou me sentindo ‘útil’ para as pessoas (ACS Valeria).

Ao retornar de outro país, estava sem rumo e prestando vários concursos. Nunca gostei da área da saúde e nunca tive interesse pela mesma, mas resolvi prestar o concurso pela estabilidade. Cursei dois anos de Serviço Social e pretendo concluir. Estou gostando muito de atuar como ACS, pois é um trabalho na área da saúde, mas bastante social também (ACS Rute).

Os ACS que participaram da pesquisa são todos servidores públicos municipais aprovados em concurso no ano de 2014, que visou regularizar a situação dos agentes no município com a oferta de 360 vagas para o cargo, com os seguintes requisitos: ensino fundamental completo, residir na área de abrangência/região onde a vaga era ofertada e ter idade mínima de 18 anos no momento da nomeação (LONDRINA, 2014).

As atribuições apresentadas de forma sintética no edital contemplavam as seguintes atividades: desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas, ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão (LONDRINA, 2014).

Estudo realizado no município de Marília/SP mostrou que as motivações para ser ACS foram: o desemprego, a busca de outra área de atuação, as possibilidades de relações de ajuda

com outras pessoas, aliadas ao crescimento pessoal e ao sonho de atuar na área da saúde (PERES et al., 2010).

Entre os pesquisados na região metropolitana do Rio de Janeiro, destaca-se a ideia de que trabalhar como ACS é visto por dois ângulos diferentes, sendo um positivo e um negativo. Positivo por ser a descoberta de uma “vocação”, e negativo por ser um interesse oportunista pelo emprego (ZANCHETTA et al., 2005).

Quanto à vocação, apresenta-se como um profissional que conseguiu um emprego formal que dá a ele a oportunidade de demonstrar o seu potencial pessoal em prol das necessidades da comunidade, o que desperta os sentimentos de autorrealização e motivação para o contínuo aprendizado. Já no sentido negativo, por considerar apenas como um trabalho que lhe rende benefícios e direitos trabalhistas, que incluem carteira assinada, auxílio-doença, auxílio-alimentação, entre outros (ZANCHETTA et al., 2005).

O fato de ser um trabalho que lida com pessoas, seus modos de viver e as condições de saúde, demonstra que o trabalho em saúde, permeado por subjetividades, é centrado no trabalho vivo, onde o profissional tem possibilidade e certa liberdade em governar seu próprio processo de trabalho, utilizando-se da invenção e criação (MERHY, 2014). Nessa ótica, afirma-se que o ACS centra sua ação no trabalho vivo em ato, ou seja, são os encontros e os processos produtivos em saúde que caracterizam a produção subjetiva do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

Sobre o significado do papel do ACS, os relatos mostram as seguintes alusões: informações e orientações; vínculo com o paciente e ligação dele com o serviço de saúde; prevenção em saúde; vigilância em saúde; trabalho social; trabalho psicológico e de escuta.

Estar próximo à comunidade, aliada à ideia de que o seu trabalho é informar, orientar, estimular e vigiar questões que levam a comunidade a mudar hábitos e ter boas condições de saúde está fortemente presente nos discursos e ainda é tido como fator de motivação para o trabalho.

Acho que a principal ação do meu trabalho é a informação. Nós motivamos a pessoa a tomar consciência de que ela precisa cuidar da sua própria saúde. Então acho que o nosso papel é estimulá-la a cuidar de si, porque sozinho é mais difícil e às vezes ela não consegue. A minha grande alegria é quando eu consigo enxergar que produzi uma transformação na vida de alguma pessoa, quando ela passou a cuidar da sua saúde (ACS Valeria).

Nós, ACS, somos os olhos da UBS na comunidade. Somos nós que identificamos as demandas junto à população, nós que damos mais atenção, estamos mais diretamente ligados a eles. Assim, o

nosso principal papel, eu acho, é a orientação. Muitas vezes eles fazem algo errado por não terem conhecimento e nós estamos sempre ajudando (ACS Denis).

Como nós vamos dentro da casa do paciente, nós o acompanhamos de perto, estamos presentes na vida deles, nós criamos vínculo com eles, somos o vínculo deles com a UBS. Nós os orientamos a se cuidarem e conhecemos os aspectos de saúde, de vulnerabilidade social, de relações familiares, de questões emocionais, ou seja, tudo que influencia a saúde deles. Além disso, nós ofertamos os serviços da UBS a eles. E quando os profissionais explicam alguma coisa a eles e eles não compreendem, nós que tentamos explicar novamente e esclarecer as dúvidas (ACS Rute).

Nota-se que a atuação dos ACS junto à população está permeada pelo modelo médico-assistencial, onde a assistência tende a ser de vigilância por meio das seguintes atividades: o uso de medicação, comparecimento a consultas e exames, detecção de riscos e de doenças, controle de endemias e epidemias, além de orientações sobre cuidados com a saúde, conferindo aos agentes o papel de porta-vozes da equipe de saúde (SCHMIDT; NEVES, 2010).

Em pesquisa realizada no município de Teixeira, na Paraíba, os ACS destacaram que a satisfação em ser agente está associada à satisfação das famílias com sua atuação, melhora nas condições de saúde da população, redução dos índices de mortalidade e no trabalho em equipe, sendo essa última devido ao acolhimento, diálogo, união e respeito com o seu trabalho. Isso demonstra que o trabalho do ACS é desenvolvido com o foco no resultado (OLIVEIRA et al., 2010).

O ACS no desempenho do seu trabalho de educação para o autocuidado no DM2 utiliza-se, em grande parte, de um “saber” médico, de caráter mais normativo adquirido em treinamentos recebidos e em sua vivência com a equipe de saúde, especialmente com o médico e a enfermeira e que se orienta em torno da tríade do autocuidado: medicamento, dieta e atividade física. Além desse saber mais normativo, também pode-se reconhecer um “saber da experiência” resultado de sua vivência cotidiano com os usuários das UBS ao perceber as dificuldades que enfrentam e as soluções que encontram para lidar com o diabetes em seu cotidiano de autocuidado.

É no desenvolvimento desse “saber da experiência”, enquanto experiência apreendida, e no diálogo com os usuários, a partir da experiência destes, que o ACS pode ir além de um papel de educação, mais próxima de uma transmissão de saber, para outro em que há a possibilidade de uma comunicação, uma troca de experiências sobre os desafios do cuidado/autocuidado (FREIRE, 1975).

Outra dimensão que pode ser observada no trabalho do ACS é a das ações de prevenção à saúde, que visam lidar com os comportamentos, os hábitos e as concepções da população. Mas, além da preocupação com as questões mais biomédicas, têm ampliado a sua atuação envolvendo os aspectos sociais, ambientais e até psicológicos (SILVA; DALMASO, 2002).

Destacou-se também a ideia de que o trabalho é apoiar e ouvir os anseios e preocupações da comunidade, aproximá-los dos serviços de saúde com vistas à prevenção e promoção da saúde e por meio do estímulo ao cuidado de si.

O meu trabalho hoje é especialmente com pacientes idosos, eles são a maioria em minha área, e o meu trabalho é muito social, eu acho. Eu vou muito para ouvi-los, ouvir os seus anseios. Eles têm demandas de saúde que eu tento resolver e dar encaminhamentos e orientações, mas muitas vezes eu vou para ouvi-los e até para ‘amansar’ quando eles estão muito revoltados com os profissionais e com os serviços, nós que temos que ouvir as queixas. Nós somos a tal ponte que muitas vezes ameniza conflitos, especialmente em relação às limitações do sistema de saúde (ACS Luis).

Eu acho que é tudo, porque, por mais que eles venham no posto, quando eles vêm aqui, já estão com a doença, com a dor, com a queixa. Mas, quando nós vamos até a casa deles, o nosso objetivo é a prevenção. É procurar meios de eles se prevenirem, de buscarem os serviços para os exames de rotina e de cuidados com a saúde. E, além disso, o nosso trabalho é muito psicológico, muitos deles só querem ser ouvidos, só querem nos contar as suas reclamações do cotidiano (ACS Marines).

Os ACS percebem-se como ponte entre a UBS e a comunidade, aproximando o serviço de saúde das pessoas e ampliando o acesso à unidade de saúde. Com essa ação, os agentes acreditam que é possível enxergar, entender e auxiliar a comunidade em suas necessidades de saúde no intuito de satisfazê-las por meio de orientações e troca de experiências. Assim “reconhecem-se como educadores, o que lhes traz um sentimento de valorização e crescimento pessoal, já que consideram ter algo a oferecer à população” (PERES et al., 2010, p. 564).

O trabalho de apoio é reconhecido pelo ACS como uma atividade de relações humanas e não de caráter técnico. Logo situações de carência e a ênfase nas ações de vigilância à saúde atribuem ao trabalho dos agentes características da assistência social e da filantropia, baseadas em suas experiências de vida (SILVA; DALMASO, 2002).

Estudo realizado com ACS em São Gonçalo/RJ mostra que foram atribuídos os seguintes significados à profissão de ACS: transformação, informação, aproximação, solidariedade e resolutividade. Desse modo, os ACS se reconhecem como “elo” entre a

comunidade e a equipe de saúde, destacando o trabalho realizado como propulsor nos processos de cuidado à saúde por parte da população (GALAVOTE et al., 2013).

A construção social do ACS, enquanto profissional de saúde, faz com que ele se reconheça como agente de transformação, capaz de atuar frente às necessidades de saúde da comunidade e, por meio da dimensão afetiva do trabalho, disparar mudanças em prol do cuidado em todos os atores envolvidos. Ou seja, os resultados do trabalho constituem-se como motivação, satisfação, reconhecimento e aumento de potência do ACS (FRANCO; GALAVOTE, 2010; GALAVOTE et al., 2013; SILVA; DALMASO, 2002).

O Saber do ACS

No interior de uma equipe, o ACS é quem tem o maior conhecimento empírico da comunidade onde atua, incluindo as formas de vida e organização da população, os valores culturais, os conhecimentos populares e a dinâmica social. Esse conhecimento pode facilitar o acesso da equipe à população ou vice-versa, além de facilitar a formação de parcerias (BORNSTEIN, 2007).

Em diversos estudos, o ACS é considerado elo, ou seja, mediador entre o serviço e a comunidade e ainda entre os saberes técnicos e populares (BORNSTEIN, 2007; MENDONÇA, 2004; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

O papel do ACS como mediador de saberes pode assumir uma postura mais dominadora ou mais transformadora, sendo esse papel definido por uma gama de fatores, dentre os quais se destacam: as normas, as formas de organização e as metas dos serviços e a formação dos ACS e dos demais membros da equipe (BORNSTEIN, 2007).

Há dissenso entre os saberes a serem dominados pelos ACS, pois os saberes biomédicos têm ganhado destaque, por conferir maior prestígio social em descrédito aos saberes popular, além disso, nos cursos de capacitação, recebem formação voltada à biomedicina. Essa é uma contradição, já que o conhecimento característico do ACS é o saber popular sobre saúde e o conhecimento sobre a dinâmica social da comunidade onde trabalha e que deve ser incorporado pela equipe de saúde (NUNES et al., 2002).

Os conhecimentos exigidos no trabalho do ACS são complexos, pois dependem da aprendizagem de aspectos além do campo da saúde, ou seja, de aspectos presentes na vida e organização da comunidade e que demandam ações intersetoriais (MENDONÇA, 2004).

O que tem sido observado em algumas realidades é que se desvaloriza o saber do ACS, o que é uma perda para equipe dado que é este agente que domina conhecimentos sobre a comunidade essenciais ao trabalho da equipe, como apontando anteriormente. Tal

desvalorização de seus saberes os aproxima de um saber mais valorizado socialmente – o da biomedicina – que ainda lhe confere *status* e os diferencia dentro de sua comunidade.

Todavia, essa tentativa de afastamento não se completa, pois, na hierarquia atribuída aos saberes na equipe, o ACS é o menos capacitado e seu valor na articulação com a comunidade também se torna questionável, pois, na busca de reconhecimento, o agente pode passar a se enxergar como mero cumpridor de tarefas, que não consegue se aproximar e construir uma relação singular nem com a comunidade e nem com a equipe (IMBRIZI et al., 2012).

É definido no guia do PSF que o ACS não precisa ter conhecimentos prévios da área de saúde, e o grau de instrução exigido é o ensino fundamental, conforme lei n. 10.507, de julho 2002, que criou a profissão dos ACS. Assim, fica a cargo de cada SMS definir o conteúdo dos cursos de capacitação para ACS, sendo o mesmo ofertado no início de sua atuação profissional, além da obrigatoriedade de atender aos critérios exigidos em concursos e testes seletivos e de ter o seu trabalho realizado sob supervisão do enfermeiro (BRASIL, 2002a).

Em nosso estudo, a totalidade dos ACS relataram que o aprendizado, salvo a semana de orientação inicial no trabalho, decorreu da vivência prática e do convívio com os ACS mais experientes e colegas da equipe, dada a restrita oferta de capacitação para o trabalho.

Ao iniciar o trabalho como ACS não recebi capacitação específica, apenas tivemos 20 horas de orientações bem superficiais sobre o trabalho do ACS, os formulários utilizados, o sistema E-SUS. Quem ajudou muito foi uma ACS mais antiga da UBS, que me acompanhou por alguns dias no início dos trabalhos (ACS Luis).

Antes de começar a atuar como ACS tivemos apenas umas 20 horas de orientações na Vila da Saúde, sobre como atuar enquanto ACS, ou seja, que fichas preencher e quais as atribuições. Uma coisa bem teórica. Fomos aprender mesmo na prática sozinhos e com outros profissionais da UBS, com ACS que já trabalhavam e sempre tirando dúvidas com a equipe (ACS Denis).

Pesquisa desenvolvida no município de Sete Lagoas/MG afirma que os ACS, em sua maioria, sentem-se despreparados para exercer suas funções, devido, principalmente, ao fato de a formação profissional ser mais prática do que teórica, sendo esta última fragmentada, o que desfavorece a compreensão do indivíduo como ser único e holístico (SANTANA et al., 2009).

A realização do curso de formação para os ACS pesquisados teve início, para a maioria, quando estavam completando nove meses de trabalho, o que os desestimulou de forma bastante significativa.

Olha, eu não recebi capacitação, não tivemos curso preparatório, aprendemos na prática. E eu aprendi muito com uma ACS antiga que já trabalhava aqui na UBS. [...] Eu quero muito aprender sempre. Mas uma coisa que desestimula é querer e não ter meios para aprender. O curso que estamos fazendo agora, um ano após estarmos trabalhando, tem uma proposta boa, mas deveria ter acontecido lá no início, porque agora ele está sendo muito básico, pois já temos conhecimento (ACS Valeria).

Apesar da complexidade do trabalho do ACS, o mesmo não possui, na maioria das vezes, formação específica e, no seu processo de trabalho, ao fazer parte de uma equipe, nem sempre tem as suas atividades supervisionadas. Além do fato de ter uma formação muito heterogênea, onde atuam ACS com escolaridade mínima exigida e outros com ensino superior (PERES et al., 2010).

Um dos relatos mostra como os ACS iniciam os trabalhos sem nenhum preparo, no qual ele diz que não fazia ideia de como acessar a população de sua área, como conversar e estabelecer vínculo.

[...] Por exemplo, eu tive muito problema de criar o vínculo com os pacientes. Eu não sabia como chegar, me apresentar. Assim eu sempre tive dificuldade com isso, agora que já conheço fica mais fácil. Mas eu acho que deveriam ter nos ensinado. E todos os ACS novos que entram precisariam saber como lidar com o paciente na prática, como estabelecer o vínculo, como entrar na casa dos pacientes, ou seja, a relação direta mesmo entre ACS e paciente, especialmente com idosos, que são a nossa maioria aqui (ACS Denis).

Além da questão do relacionar-se com a população e estabelecer vínculo e laços de confiança, pude perceber, nos acompanhamentos em VD, que muitos ACS embasam suas atividades de educação em saúde em vivências aprendidas na prática cotidiana, além de mesclar um pouco do conhecimento popular/leigo com conhecimento técnico/biomédico.

Olha, eu fiz um curso técnico básico em saúde no meu ensino médio lá na década de 80, mas que me ajuda até hoje. O fato de ser professora de história me ajuda a lidar com as pessoas e a conversar, ainda tem a questão de participar de diversas atividades com os profissionais do NASF como a nutricionista, a fisioterapeuta, a farmacêutica, a psicóloga e o educador físico, especialmente nos grupos de saúde que eles desenvolvem às quintas-feiras. Ainda, tem o fato de acompanhar visitas do PSF com o médico e a auxiliar de Enfermagem. Acho que aprendi tudo em minha prática e ainda considero que o curso de capacitação de ACS deveria ter sido oferecido antes de iniciarmos o nosso trabalho [...]. Mas considero que aprendo mais a cada dia e que tudo que leio e vivencio vai qualificando o meu trabalho enquanto ACS. Estou sempre aprendendo, mas me considero capacitada para exercer o meu ofício (ACS Valeria).

Portanto, no momento do encontro entre o paciente e as suas necessidades de saúde, o ACS:

[...] pode operar um cuidado-político-afetivo, no qual há ganhos de autonomia por parte do usuário, que é visto como coautor no campo da produção do trabalho; ou gerir um cuidado-procedimento-centrado, exercido através do emprego de tecnologias duras e leve-duras que, quando mal empregadas, produzem heteronomia. Surge, então, a imagem do ACS “amolador de facas”, que impõe, ao outro, um cuidado centralizador e dominador, que destitui o sujeito de sua própria inventividade e autonomia. Assim, o ACS não é o trabalhador com um dito “perfil” proposto nas leis, ou sentidos socialmente construídos; e surge uma figura múltipla, protagonista do seu trabalho, o que torna ingênuas as concepções que o consideram enquanto vítima das amarras de um trabalho engessado, que, na verdade, é produzido, também por ele, no seu agir (GALAVOTE et al., 2013, p. 584).

Para a atuação dos ACS são necessários, além dos cursos básicos de formação, reuniões e supervisões e capacitações nos serviços. Porém é necessário que esses momentos se configurem como espaços em que a formação seja apropriação e reflexão da prática e não apenas treinamento prescritivo (SCHMIDT; NEVES, 2010).

Para isso, os conteúdos a serem abordados devem ser explorados com base em perspectivas autênticas da prática, considerando sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais, de forma que a reconstrução de significados ultrapasse uma aprendizagem baseada simplesmente na reprodução teórica do conhecimento e se converta em uma aprendizagem que tenha como pressuposto a participação ativa do ACS e uma efetiva integração da teoria com a prática (GOMES et al., 2010, p. 1158).

Ao realizar a observação participante, tive a oportunidade de acompanhar dois dias do curso de capacitação para ACS, sendo um de cada UBS que estava sendo pesquisada. Desse modo, foi possível perceber o quanto o curso estava sendo dinâmico. Nos dois grupos acompanhei atividades variadas que englobavam: seminários, leituras de textos, apresentação de vídeos, criação de folders e discussão de casos oriundos do trabalho.

Portanto, considero que a proposta do curso estava de acordo com a profissão de ACS, configurando as aulas como espaço de discussão de temas emergentes do cotidiano de trabalho e da relação com os demais membros da equipe de saúde. Além disso, as metodologias de ensino utilizadas pelas tutoras permeavam continuamente o aspecto dialógico e realístico.

A indefinição é uma das vivências mais profundas no cotidiano de trabalho do ACS, não somente porque não lhe seja dado a priori um corpo de conhecimentos bem definidos e, sim, pelo fato de que o seu trabalho se constitui na pluralidade, em encontros os mais diversos e tênues, nos quais, ele afeta e é afetado por diferentes paixões. O trabalho do ACS é em si potência, diversidade, indefinição, busca, rupturas, contratualidades e fugas (GALAVOTE et al., 2013, p. 585).

O Fazer do ACS

A profissão de ACS vem se construindo de forma híbrida ao ocupar uma posição entre o serviço de saúde e a comunidade. Sendo prevalente em sua prática o modelo médico-assistencial, no qual predominam ações de controle e vigilância sobre as doenças, os exames e as medicações, mescladas com conversas sobre assuntos da vida das pessoas e oferta dos serviços de saúde disponíveis (SILVA; DALMASO, 2002). O trabalho do ACS é marcado por:

duas regiões de tensões e ambivalências que assinalam a identidade do agente comunitário como sendo de fronteira, quais sejam, entre o político e o técnico e entre o comunitário e o institucional. Os próprios agentes veem-se como intermediários entre a família, o mundo exterior e a equipe de saúde; cuidadores, apoiando as famílias nos momentos de necessidade ou sofrimento; observadores qualificados da situação de saúde e das necessidades da família. Há, também, uma preocupação dos agentes com diferenciar-se da população e nessa preocupação é possível reconhecer uma via de aproximação e identificação com a instituição médica (SCHMIDT; NEVES, 2010, p. 229-230).

Silva e Dalmaso (2002) identificam duas dimensões principais de atuação dos ACS: uma mais política, no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde de forma solidária; outra, mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias com ações de prevenção e vigilância em saúde.

Então são descritos alguns desafios para o saber fazer e saber ser agente comunitário de saúde, dentre eles: a enorme variedade de contexto, exigindo flexibilização em sua prática e nos processos e metodologias de preparação de pessoal; a amplitude das finalidades da ESF, exigindo ora uma vertente mais assistencial e de vigilância e ora de promoção de saúde e qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologia de trabalho adequada às necessidades; o trabalho em equipe e a identidade do agente, compondo dimensões técnicas e políticas do trabalho (SILVA; DALMASO, 2002).

O trabalho do ACS engloba ações como: cadastramento das famílias de sua área de abrangência, mapeamento da área de atuação, VD, ações de educação em saúde, incentivo à participação da comunidade e controle social, ações intersetoriais e multiprofissionais

(BRASIL, 2009c). Por meio dessas ações é possível identificar os dados demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos da comunidade, ou seja, é possível conhecer a população atendida e as suas necessidades de saúde, a fim de ofertar ações de educação em saúde, incentivar participação popular e proporcionar uma assistência humanizada, resolutiva e de qualidade.

O fato de os agentes comunitários de saúde compartilharem o mesmo contexto com a comunidade é apontado como decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde. Além disso, a entrada no mundo familiar é sinônimo de contato com a intimidade das pessoas, com o seu universo privado, trazendo novas construções relacionais e novos sentidos para essas relações (NUNES et al., 2002).

O ACS, por meio da VD e da sua inserção na comunidade, compreende a forma de viver, a cultura, a dinâmica de vida das famílias de sua comunidade. A visita requer um saber-fazer que se aprende no cotidiano baseado em condutas que evidenciem respeito, atenção, valorização, compromisso e ética (BRASIL, 2009a).

As ações educativas fazem parte do cotidiano do ACS e têm como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Para tanto, devem estimular o conhecimento e o cuidado de si, fortalecer a autoestima, a autonomia e os vínculos de solidariedade comunitária (BRASIL, 2009a).

O seu desenvolvimento ocorre por meio do diálogo e do saber escutar. Saber escutar e acolher o discurso do outro, interagindo sem colocar juízo de valor e reconhecer as características pessoais, emocionais e culturais das pessoas ou grupo, é fundamental para o êxito do trabalho educativo em saúde. É importante, ainda, considerar o conhecimento e experiência da comunidade permitindo a troca de ideias. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (BRASIL, 2009a).

A comunicação é considerada instrumento fundamental no trabalho do ACS, pois no processo de comunicar-se com a população utiliza-se de diversas estratégias comunicativas, dentre elas: sensibilizar, propor uma experiência, dar um exemplo, todas no sentido de convencer o paciente a gerir e cuidar da sua saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

Contudo, ainda que as competências dos ACS tenham sido delimitadas, suas atribuições precisam ser trabalhadas, considerando-se as características da comunidade e da equipe de trabalho, em virtude das particularidades encontradas em cada unidade de trabalho. Devido à falta de definição nas atribuições dos ACS, ele tem o seu trabalho muitas vezes distorcido e até sobrecarregado (PERES et al., 2010).

Quanto à organização e planejamento do trabalho, o depoimento de uma ACS mostra que eles compreendem a sua rotina e que as transformações que nela ocorrem partem da chefia da UBS, nesse caso a enfermeira, que atua como coordenadora e como enfermeira de uma equipe da ESF.

A nossa rotina básica é fazer visitas e acompanhar os pacientes rotineiramente, ou seja, estar na rua. Já as atividades definidas pela enfermeira incluem a escala de atendimento no balcão, de acolhimento nos dias de coleta de exames. Agora a nossa rotina no grupo de caminhada, a nossa atividade de guardar prontuários, de levar recados e comunicar pacientes, entre outras que aparecem no dia a dia (ACS Valeria).

São os enfermeiros, na maioria das vezes, os responsáveis pela supervisão do trabalho do ACS nas equipes de ESF. Para tanto, os enfermeiros precisam atuar como facilitadores do aprimoramento dos agentes, além de acompanhar e reorientar as ações conforme as necessidades e demandas. Ou seja, é o cotidiano do trabalho em saúde que está em discussão e reconstrução ao vivo e de forma permanente (DUARTE, 2011).

Estudo mostra que o enfermeiro é reconhecido pela maior parte dos ACS como o seu supervisor e a sua referência dentro da equipe, salientado que as reuniões com a equipe significam um espaço para o planejamento e discussão das atividades dos agentes (SILVA; DALMASO, 2002).

Do ponto de vista quantitativo das atividades, observou-se que o trabalho do ACS é majoritariamente realizado fora da unidade, constituído por VD e contatos com a população nas ruas (SILVA; DALMASO, 2002).

Percebemos que o trabalho dos agentes é imprescindível dentro da ESF e que muitos dos demais profissionais da equipe, sejam eles enfermeiros, médicos ou profissionais do NASF, como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, utilizam-se do acompanhamento e das informações do trabalho realizado pelos ACS junto aos pacientes.

O planejamento da rotina diária é alterado a todo o momento: A nossa rotina de trabalho é modificada em cada esquina. Às vezes nos propomos a alguma coisa específica, mas no caminho já somos chamados pelos pacientes e tudo pode acabar sendo modificado (ACS Valeria).

É assim que acontece diariamente o trabalho do ACS, ele possui uma agenda com dias e horários especificados para cada atividade, mas quando saem para a rua fazer as VD tudo acaba sendo modificado conforme as necessidades dos pacientes.

O ACS é visto como alguém capaz de ampliar a voz da comunidade, adquirir e difundir informações a fim de efetivar as políticas e os serviços de saúde. Portanto, é considerado o porta-voz de uma política pública que visa mobilizar potencialidades da

população em ações de prevenção e ações curativas no que tange aos cuidados em saúde (ZANCHETTA et al., 2005).

Na semana toda de acompanhamento do trabalho do ACS, percebi que para algumas atividades eles já possuem a escala pré-definida como dia de digitação de dados, dia de atendimento no balcão e dias de coleta de exames laboratoriais. Depois definiram a rotina de entrada às sete horas para acompanhamento da atividade de caminhada proposta pelo educador físico. Além disso, como a ACS Valeria relatou, sua rotina é majoritariamente definida pela enfermeira coordenadora da UBS, é ela quem os direciona às atividades, por exemplo, atuar como agente de endemias foi uma decisão do município, da gestão como um todo, e que é passado para os ACS pela coordenação da UBS.

Pode-se observar que muitas vezes a rotina do ACS é bastante tumultuada e em alguns momentos eles apagam incêndios, ou seja, acabam sendo convocados pelos profissionais na hora da atividade. Nesse aspecto apresento dois exemplos: um deles relacionado à psicóloga do NASF, quando eu e a ACS Valeria já estávamos caminhando na rua para VD e ela chamou em tom de convocação a ACS para acompanhá-la em uma visita em uma área descoberta para um atendimento. O outro exemplo é da fisioterapeuta que após a reunião geral convidou, também em forma de convocação, todos os ACS para que acompanhassem naquele dia o seu grupo de dor crônica das treze às dezessete horas para auxiliarem no preenchimento de um questionário dos pacientes.

Nesse sentido, nota-se que os profissionais que querem solicitar ajuda aos ACS dirigem-se à coordenadora, relatam a atividade e pedem para que ela os libere para auxiliá-los. Os ACS são considerados profissionais multitarefa, eles precisam cumprir a sua rotina de trabalho, atingir as suas metas de VD, repassar informações sobre os pacientes de sua área de abrangência, manter cadastros e produções atualizados e colaborar com todos os profissionais da equipe.

Uma marca importante do trabalho do ACS é a de sua disponibilidade, um ponto de tensão, sem resolução fácil, com frequência sem resolução possível: Quantas horas por dia trabalha um ACS? Como mediador, cuja atividade é disparada pelas demandas do serviço, o ACS se vê também diante das demandas das pessoas da comunidade, que podem surgir a qualquer momento, às quais se vê compelido a atender por razões diversas, não excludentes entre si: legitimar-se na coletividade; garantir seu espaço como mediador nos serviços; tecer estratégias de fortalecimento de sua prática e atender às tarefas solicitadas em horários alternativos, compatibilizando-os com sua vida pessoal e familiar; exercer a solidariedade diante das dificuldades e do sofrimento das pessoas (DAVID, 2011).

Estudo realizado em Porto Alegre também identificou a realização de atividades administrativas que não estão preconizadas nas atribuições do ACS pelo MS, tais como recepção da unidade de saúde, organização de prontuários e controle de materiais e almoxarifado (FERRAZ; AERTS, 2005). Salienta-se que é permitido ao ACS desenvolver atividades outras nas unidades de saúde, mas desde que estas estejam vinculadas às suas atribuições (BRASIL, 2012c).

Além do planejamento da rotina ser bastante tumultuado, percebe-se que a mesma é carregada e cansativa, pois atuam em grande parte das atividades dentro e fora da UBS. Além disso, as caminhadas de sol a sol necessitam de um preparo físico e muita resistência.

No trabalho do ACS, a exposição ao sol e ao calor é um aspecto levantado que torna o trabalho mais difícil e cansativo. Afirma-se que a exposição excessiva ao sol pode trazer várias consequências negativas para esses trabalhadores, como a insolação, queimaduras, envelhecimento da pele, podendo desencadear, em alguns casos, problemas maiores como o câncer de pele (OLIVEIRA et al., 2010).

Nesse aspecto, observou-se que os ACS utilizam sempre os jalecos como uniformes, roupas leves e de cores mais claras e confortáveis, chapéus e muito protetor solar, além de garrafas de água e guarda-chuvas.

Em muitas VD os pacientes não são encontrados em suas residências, o que necessita de novas tentativas. Por isso, salienta-se a necessidade de um bom planejamento prévio antes de sair às ruas, com roteiro de visitas a serem realizadas e os seus endereços.

Além da dificuldade de encontrar os pacientes em seus domicílios, os ACS ressaltam a criação do vínculo com a comunidade como um obstáculo para o trabalho do ACS como descrito no trecho a seguir.

Ao sair da casa continuamos a caminhar, e logo nos aproximamos de outra casa, bem simples e pequena, ao fundo de um terreno. Batemos palmas e aguardamos um pouco. Logo apareceu uma senhora que disse – espera aí. Ali ficamos no portão alguns instantes até que ela veio ao portão, e um pouco distante de nós e do portão começou a conversa. Não nos convidou para entrar e Valeria não solicitou também. Ali a ACS perguntou – como a senhora está? Ah, eu estou bem. Aureliana com uma aparência bem descuidada, os cabelos despenteados, as unhas com sujidades, as roupas surradas, com os olhos bem avermelhados, um olhar entristecido e um jeito aborrecido. A ACS prosseguiu - e a alimentação como está? E os medicamentos para o diabetes e para a pressão? - Ah, está tudo certinho. Eu estou cuidando. Quem não cuida é meu marido. Ele tem diabetes e fica bebendo, esses dias quase morreu, atacou aquela úlcera no estômago de novo, ficou cuspiendo e oibrando sangue. Sabe como é né, quando bebe enche a cara, não sabe se controlar. Mas agora espero que ele tenha

aprendido a lição, porque ficou muito mal. [...] ao sairmos a ACS disse – esse é um caso bem complicado. Eles não gostam muito de me receber. Nunca consegui entrar nessa casa. Não consigo estabelecer um vínculo, então sempre passo e pergunto como estão. Pergunto sobre os exames de rotina e as consultas médicas e faço algumas orientações. Mas percebo que ela não gosta muito. E o marido, geralmente não o vejo. Acho que essa é uma grande dificuldade do nosso trabalho (ACS Valeria, Aureliana).

Percebemos como é difícil às vezes conseguir acessar a vida das pessoas. Mas temos que refletir um pouco sobre a forma como o trabalho na ESF é realizado, especialmente quais as necessidades identificadas para a realização das VD, e refletir ainda sobre a questão do trabalho por metas.

Nesse exemplo citado, identifica-se que o ACS ao ouvir muitas queixas do paciente não foi sensível ao ponto de perceber e acolher as necessidades dessa paciente. Nesse caso poderia ter explorado outras questões além do diabetes e da hipertensão, como a situação de tristeza da paciente e o seu sofrimento em relação ao companheiro.

Os ACS em seu trabalho, geralmente, conseguem estabelecer um canal muito bom de comunicação com a população e criam vínculo em seu cotidiano. Após a criação do vínculo e da confiança, as pessoas abrem suas casas e suas vidas, dando livre acesso aos profissionais de saúde, sem receio, sem-cerimônia.

A criação do vínculo pode ser uma questão de tempo e de experiências dentro do trabalho como ACS, como é o caso do ACS Denis que, ao iniciar os trabalhos, disse ter bastante dificuldade em estabelecer laços de amizade e confiança com os pacientes, mas que depois de um tempo (11 meses) essa relação se estreitou.

[...] eu gosto do que faço, me envolvo com as pessoas, e como morei a minha vida toda aqui no bairro já conhecia muita gente. Agora, como acompanho sempre, tenho mais vínculo com eles. Sempre que faço visitas pergunto sobre as questões de saúde, mas também converso outros assuntos, compartilho alegrias e tristezas, além de conhecer muitas histórias (ACS Denis).

Após a criação do vínculo e de um “certo” tempo como ACS, eles passam a se sentir confiantes no trabalho. Começam a ser reconhecidos e valorizados pela população em sua atuação.

Pesquisa mostra que adentrar as residências das pessoas é uma tarefa difícil, que exige adaptação e descobertas cotidianas, por isso o tempo de exercício da profissão e de interação com a família são facilitadores no processo da boa comunicação e do estabelecimento de vínculo do ACS com a comunidade (LUNARDELO, 2004).

Um das ACS durante as nossas caminhadas e bate-papos comentou que desenvolve o seu trabalho pautado na confiança que as pessoas depositam em seu trabalho, pois ela como ACS tem a intenção de ajudar, não de ameaçar e nem de punir, mas de conscientizar sobre a importância de cuidar da vida e da saúde. Completou dizendo que a cada dia consegue qualificar o seu trabalho e que se sente motivada e realizada quando vê as suas ações surtindo efeito. Exemplificou com um de seus casos:

Um paciente meu, autista e com problemas mentais que dava muito trabalho para a sua família e que incomodava até os vizinhos com seus surtos, eu o conquistei. Eu os ajudei com atividades e encaminhamentos para a psicologia e saúde mental, e hoje ganhei a rua toda (risos). O pai do menino parou de beber, eles se mudaram para uma casa com melhores condições e todos os vizinhos pararam de reclamar e passaram a viver em paz (ACS Valeria).

O processo de acolhimento pode ser visto como uma forma de organização e planejamento para atender as demandas da população nos serviços de saúde e é por meio do acolhimento que os profissionais criam paulatinamente o vínculo. Dessa forma, o acolhimento e a construção do vínculo, considerados tecnologia leve, são ferramentas essenciais no trabalho do ACS a fim de atender, de forma resolutiva, as necessidades da comunidade (COELHO; JORGE, 2009; FONSECA et al., 2013).

Uma das grandes dificuldades vivenciadas pelos ACS é a desvalorização do seu trabalho, seja pela equipe, pela comunidade e até por eles próprios.

Fico a refletir sobre o trabalho do ACS novamente, pois como diz um dos ACS - nós na pirâmide estamos lá em baixo, somos os menos reconhecidos e os que têm menos conhecimentos dentre os profissionais de saúde, mas somos nós quem fazemos a ponte, o elo entre os pacientes e o serviço de saúde. Somos nós que identificamos, geralmente, as demandas e tentamos gerar e levar soluções. Nós que aguentamos as reclamações sobre os profissionais e sobre os serviços de saúde e sempre tentamos apaziguar. Acho que deveríamos ser mais valorizados. [...] (ACS Luis).

A ACS relatou também um pouco das dificuldades do seu trabalho dizendo – dentro da equipe, falando-se em hierarquia, se fosse na cadeia humana bruta, nós seríamos os últimos da cadeia alimentar. Disse ainda – temos muitas responsabilidades e acumulamos muitas funções, pois todos os profissionais da equipe solicitam e precisam do nosso trabalho. Temos um ideal de trabalho a ser realizado e que gostaríamos de cumprir, mas na realidade temos que lidar com as expectativas frustradas e tocar o barco (ACS Valeria).

Mesmo diante da desvalorização, os ACS tentam sempre minimizar os conflitos entre a equipe e a comunidade, no intuito de solucioná-los:

A ACS com sua fala doce disse – bom dia Ciça, como a senhora está? Eu a Simone viemos ver a senhora, ela veio para lhe conhecer. Ela respondeu e emendou – eu to bem sim, só não quero mais

ir naquele posto, aquelas meninas lá têm preguiça de trabalhar. Fui lá marcar consulta com o clínico e não quiseram marcar, me deram o papel para coletar exame de novo. Eu não vou coletar nada não, se eles quiserem que tirem o sangue delas, porque eu não vou. Fiz exame outro dia mesmo e fui só marcar consulta. ACS interveio – ah, Ciça, então o que deve ter acontecido é uma falha de comunicação. A senhora devia ter falado que já tinha coletado e que queria ver se o resultado já estava pronto para agendar a consulta. Mas pode deixar que eu vou ver lá certinho e já aviso a senhora, vou tentar agendar e passo pra senhora (ACS Valeria, Ciça).

No âmbito da ESF existem diversas situações na relação ACS - paciente que demandam gasto de energia e adequações. Como exemplos: o contato com a situação das famílias que gera certo grau de sofrimento, o relacionamento com a equipe de trabalho, a empatia e o vínculo com a população e, em alguns casos, os laços afetivos com a comunidade. Todas essas situações aliadas ao perfil pessoal de cada ACS têm sido fator gerador de sofrimento, estresse, desmotivação e insatisfação no trabalho (CAMELO, 2002; LUNARDELO, 2004).

Como os ACS são a extensão das portas da UBS, eles frequentemente vivenciam situações conflituosas, tanto com a equipe quanto com a comunidade. E como eles estão também na posição de ouvintes acabam sendo envolvidos na dissolução de conflitos entre pacientes e demais membros da equipe de saúde.

Dessa forma, esses trabalhadores precisam desenvolver a capacidade de lidar com alterações na rotina de trabalho e com a falta de habilidades que exige a nova atribuição. Além disso, a equipe, especialmente os enfermeiros, estarem capacitados para identificar tal situação e programar medidas efetivas, sejam elas por meio de conversas, reuniões, adaptações nas rotinas e funções entre outras (WAI, 2007).

Como podemos perceber, a valorização do trabalho está intimamente ligada à apropriação de saberes, especialmente técnicos, o que pode gerar a desvalorização social do trabalho do ACS em relação aos demais profissionais da equipe, podendo ser traduzido em relações de poder e hierarquia entre os trabalhadores. O que está diretamente associado ao uso de tecnologias duras e leve-duras, sendo o trabalho centrado na medicalização (GALAVOTE et al., 2013; MERHY, 2014).

Outra questão observada no cotidiano dos ACS é a cobrança por metas, por produção e resultados:

[...] eu sou cobrada por números, por metas, mas eu não consigo chegar no paciente só para pedir que ele assine a minha ficha, isso vai contra os meus princípios. Eu às vezes fico um pouco frustrada, mas o meu lema é qualidade do meu trabalho e não apenas quantidade. Sei que muitas

vezes é impossível realizar dez visitas em um dia com tantas outras atividades a serem desenvolvidas. Por exemplo, hoje à tarde fizemos duas visitas apenas, mas que foram muito produtivas e tenho certeza que ajudou muito as pacientes (ACS Valeria).

Isso é demonstrado também pela questão da assinatura em suas fichas de VD:

[...] eu não gosto de ficar pedindo para as pessoas assinarem, pois parece que é uma obrigação. As pessoas vão achar que eu estou preocupado somente com a assinatura deles para provar o meu trabalho e não realmente preocupado com eles. Por isso, geralmente, não peço para assinarem, eu só dou um OK (ACS Denis).

Nessas conversas estavam os ACS Rute e Zé que foram relatando o que estão discutindo no curso de capacitação de ACS. Relataram as divergências entre as formas de realização das visitas domiciliares e a exigência quanto às metas de visitas em cada UBS. Disseram que a meta deles diária é de oito visitas, mas que muitas vezes são difíceis de ser realizadas devido a outras atividades como: o acompanhamento de grupos com os profissionais do NASF, ajuda por escala no acolhimento na recepção, no momento devido ao curso que é realizado três tardes por semana, e muitas vezes devido às condições climáticas, especialmente a chuva, ainda devido à dificuldade em encontrar as pessoas em seus domicílios. [...] um relato que me chamou bastante atenção foi - somos cobrados por números e não pela qualidade do nosso trabalho e, ao comparar a nossa produtividade aqui dentro, somos cobrados em comparação com as demais UBS também. Muitas vezes queremos fazer um bom trabalho, com qualidade, uma visita com mais atenção, mais detalhes, com mais questões de saúde, mas somos cobrados pelo número de visitas mensais, e aí?. Um dos ACS relatou que o mês estava acabando e ele estava com apenas 62 visitas e que deveria ter no mínimo umas 110. Disse ainda que já conseguiu fazer 14 visitas em um dia, mas que geralmente isso não acontece, fica muito aquém desse número. [...] nesse sentido surgiu ainda outro relato que me espantou um pouco - no curso um ACS de outra UBS disse que se o paciente na rua sorrir para ele e der um bom dia já entra na ficha de visita domiciliar (risos) (ACS Luis e ACS Rute).

Estudo realizado na cidade de São Paulo mostra que os agentes denominam algumas visitas como “visita do xizinho”, onde não há uma necessidade real, mas apenas o objetivo de cumprir metas. A valorização do quantitativo mensal de visitas realizadas pelos ACS torna-as mais breves, prescritivas e de vigilância ao comportamento da população. Nesse sentido, a conformação da assistência de acordo com o modelo médico-assistencial faz com que as VD sejam consideradas como “metas de produtividade”, o que reforça a dimensão quantitativa em detrimento da qualitativa (SCHMIDT; NEVES, 2010).

A cobrança por metas, pelo quantitativo de VD dos ACS, pode ser um fator gerador de insatisfação, além de empobrecer o trabalho e torná-lo mecânico (LUNARDELO, 2004).

Estudo que realizou acompanhamento de ACS em visitas ao domicílio no estado de São Paulo destacou que as mesmas, geralmente, limitam-se à coleta de informações para

preenchimento de planilha de dados e em orientações de base normativa. Dessa forma, a finalidade da visita torna-se a produção, o alcance de metas, e não o “cuidado” com a saúde do indivíduo e sua família (SILVA; DALMASO, 2002).

Com relação às limitações para desempenhar o trabalho como ACS, estudo realizado na Paraíba demonstrou os seguintes aspectos: - precárias condições de trabalho, tais como a falta de insumos e materiais, a sobrecarga de trabalho, a falta de transporte e os riscos de vida que enfrentam para realização das visitas; - falta de reconhecimento, tendo em vista os baixos salários, a falta de apoio do poder público e da gestão local e uma sobrecarga de trabalho em seu cotidiano; - situação das famílias, identificadas como carentes e necessitadas dos serviços de saúde; e ainda - a saúde do ACS, tendo como principal ponto citado o desgaste de trabalho, com sobrecarga quantitativa com vistas às metas a serem cumpridas e qualitativas com ações que estão além de seus saberes (OLIVEIRA et al., 2010).

O trabalho do ACS apresenta uma complexidade diferente em relação aos demais trabalhos, pois ele utiliza todos os recursos de tecnologias leves na execução de suas funções, constituindo um trabalho desafiador, tendo em vista a necessidade de amplo conhecimento sobre cultura, valores, costumes e crenças e ainda sobre os modos de andar a vida. Assim, esse trabalhador precisa se sentir acolhido pela equipe e, dessa forma, poderá transformar suas dificuldades em potência para o trabalho vivo, que pode ser manifesta em atos de solidariedade e empoderamento da população (LUNARDELO, 2004).

Além disso, em estudo realizado no Rio de Janeiro, os ACS manifestaram grande preocupação em fazer a ponte entre o sistema de saúde e a comunidade, mas ao mesmo tempo perceberam-se impossibilitados de promover a saúde, em função da necessidade de medidas intersetoriais para a reversão da situação de pobreza e desigualdades sociais e para o alcance de melhor perspectiva de vida para as pessoas. Dessa forma, o seu trabalho foi se limitando ao controle de doenças crônicas e à prevenção de outros agravos por meio do esclarecimento de dúvidas, do acolhimento e vínculo, com destaque às ações de solidariedade e escuta, visando intervir nas vulnerabilidades da população (ZANCHETTA et al., 2005).

5.4 O Agente Comunitário de Saúde em Ação com Pessoas que Vivem com Diabetes

“Acho que a principal ação do meu trabalho é a informação. Nós motivamos a pessoa a tomar consciência de que ela precisa cuidar da sua própria saúde. Então acho que o nosso papel é estimular ela a cuidar de si, porque sozinho é mais difícil e às vezes ela não consegue. A minha grande alegria é quando eu consigo enxergar que produzi uma transformação na vida de alguma pessoa, quando ela passou a cuidar da sua saúde”.

(ACS Valeria)

O excerto acima é um bom retrato do trabalho do agente comunitário junto às pessoas com diabetes que regularmente visita. Trata-se de uma prática de educação para estimular o autocuidado orientada por questões médicas, predominantemente, em torno da alimentação, da medicação e da atenção, principalmente médica requerida, mediante consultas e exames laboratoriais. Com muita proximidade à concepção dominante entre os profissionais de saúde, o ACS acredita que o mais importante é a força de vontade, além dos conhecimentos.

O processo de trabalho em saúde tem por finalidade atender às necessidades de saúde dos indivíduos. Assim, pode-se dizer que o trabalho do médico tem como objeto o “corpo biológico” e a sua atividade visa identificar a lesão anatomopatológica e tratá-la (MENDES-GONÇALVES, 1992). Na Enfermagem se considera como objeto o “cuidado de enfermagem”, meio pelo qual se busca alcançar a promoção, prevenção e recuperação da saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Assim, é possível afirmar que o ACS na educação para o autocuidado em DM2 recorta da realidade como seu objeto o comportamento do usuário geralmente orientado pela norma médica para o uso das medições e das práticas dietéticas.

Além disso, ao realizar as VD, observa aspectos do ambiente doméstico e comenta sobre eles, o que faz no sentido, muitas vezes, de governar o comportamento do usuário.

[...] Nesse momento, com um ar de polícia e com voz de autoridade, ele entrou um pouco mais na cozinha e tocou, com os dedos, na garrafa de café, perguntando - e esse cafezinho aqui, docinho? Ela disse - sim, sem açúcar ninguém toma, meu filho, e eu não compro adoçante, é muito caro. O ACS

me olhou e balançou a cabeça em sinal de reprovação, como quem afirmasse - eu não disse a você que ela era rebelde. (ACS Luis, Marlei).

O ACS foi dizendo - gostei de ver sobre a mesa uma bacia cheia de alface, um vidro de adoçante e um pote de granola. E ainda falou - estou vendo aqui a senhora comendo bolachas salgadas integrais, como está a dieta? (ACS Luis, Marlei).

Nessa ótica, se pensarmos o trabalho do ACS na educação em diabetes, podemos considerar como seu objeto orientar a pessoa com diabetes a aderir à prescrição proposta pela equipe de saúde, especialmente o médico, e realizá-la corretamente, corrigindo-o, sempre que necessário, como bem expressa o ACS Denis:

[...] No caso dos diabéticos, nós ajudamos com orientações ligadas ao uso da insulina, como os locais de aplicação, as dosagens, a conservação da insulina, além do cuidado com os pés. Fazemos isso de forma contínua e, assim, às vezes consertamos alguns errinhos deles (ACS Denis).

Será a boa adesão ao tratamento e às medidas de controle que podem lhe ajudar a normalizar sua vida e a superar até mesmo a perda do prazer pela vida: *Quanto aos diabéticos, eu vejo que temos os pacientes mais rebeldes e para esses nós tentamos mostrar que eles podem se cuidar e podem levar uma vida normal com o diabetes. Nós sempre oferecemos os serviços aos diabéticos, como o grupo de diabéticos e de atividade física. Nós sempre batemos na mesma tecla. Vejo também que os diabéticos, no meu caso, são todos mais fragilizados emocionalmente, em sua maioria são idosos e muitos dizem que após o diabetes a vida acabou. Então sempre tento dizer a eles que podem levar uma vida normal se tiverem alguns cuidados, como o uso dos medicamentos e a alimentação mais regrada (ACS Rute).*

Deste modo, os instrumentos mais frequentemente operados pelo ACS neste trabalho são aqueles mais próximos das orientações da biomedicina. No entanto, a vivência intensa com os problemas da vida de seus pacientes – alegrias e tristezas -, os faz também perceber como parte de seu trabalho a escuta:

[...] Sempre que faço visitas pergunto sobre as questões de saúde, mas também converso sobre outros assuntos, compartilho alegrias e tristezas, além de conhecer muitas histórias [...] (ACS Denis).

[...] E, além disso, o nosso trabalho é muito psicológico, muitos deles só querem ser ouvidos, só querem nos contar as suas reclamações [...] (ACS Marines).

No encontro entre um trabalhador de saúde e um paciente cria-se a intersubjetividade que é mediada pela fala, escuta, vínculo, acolhimento e confiança, consideradas tecnologia leve. Nesse sentido, no interior do processo de trabalho do ACS com o paciente se estabelece uma relação mútua de intervenção em ato tida como o agir tecnológico (MERHY, 2014).

Estudo mostra que os ACS se identificam como educadores e são percebidos pela comunidade como trabalhadores qualificados, fato que se traduz como valorização e crescimento pessoal (PÉRES et al., 2007). Quando são alcançados os objetivos traçados nas ações educativas, os ACS encontram satisfação no trabalho, sobretudo no que se refere às respostas e orientações emitidas (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Os ACS, ao realizarem ações de educação em saúde, percebem a resistência por parte da população, que é explicitada, especialmente, pelo não seguimento das orientações repassadas e pela não adesão aos comportamentos propostos (NUNES et al., 2002). Nesse sentido, autores afirmam que, ao assumirem o papel de profissional de saúde, os ACS tendem a carregar uma idealização da verdade absoluta quanto ao que orientam, deixando de observar a complexidade da mudança de hábito da população, que é composta por uma gama de obstáculos que interferem na efetivação desse processo de mudança, dentre eles a questão cultural, os valores e as experiências vividas pelo indivíduo (PÉRES et al., 2007; WAI, 2007).

Para a implementação desse processo de mudança, faz-se necessário conhecer plenamente as condições de vida e saúde da população, além de contar com a ajuda de outros profissionais, trabalhando de forma multiprofissional, o que exige um exercício de atuação conjunta de práticas e saberes.

Sendo os instrumentos materiais e imateriais, considera-se, no trabalho do ACS na educação para o autocuidado em DM, como principal ferramenta o diálogo, durante o qual ele faz orientações focadas na alimentação, medicação e no acompanhamento de saúde. Estão aqui considerados no diálogo ACS - paciente os saberes dos quais ele se utiliza para as suas ações. Sendo esses aprendidos no dia a dia do trabalho, na relação com os demais membros da equipe multiprofissional e nas relações com os pacientes, além do que é aprendido em cursos de capacitação nos serviços de saúde.

Já os instrumentos materiais são raramente utilizados e compõem-se de ficha de registros quantitativos das visitas, ficha de acompanhamento de diabéticos e seus familiares e materiais informativos, como cardápios e cuidados com o diabetes disponíveis na UBS.

Nesse contexto, autores afirmam que os ACS se sentem “úteis” frente às mudanças positivas alcançadas quanto às condições de saúde e de vida por parte da população. Todavia, ainda falta instrumentalização para o exercício profissional dos ACS. As diretrizes e normas estabelecidas, pelo município ou pelo MS, para as ações de saúde dos agentes na comunidade operam como norteadoras do processo de trabalho, mas estão aquém para responder a questões mais subjetivas encontradas na assistência à comunidade com vistas a melhoria da qualidade de vida (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Contrastando e analisando as normativas apresentadas no Quadro 01, (anexo ao capítulo 1) com as percepções e vivências dos ACS pode-se dizer que: as atribuições estão direcionadas para ações que visam o controle do DM, com especial atenção às práticas dietéticas e terapêuticas, com ações no sentido de orientar e verificar o cumprimento da prescrição quanto aos hábitos alimentares tidos como “saudáveis” e ao uso regular de medicamentos.

Nota-se, na realidade estudada, uma aproximação do trabalho dos ACS com o que está preconizado nas normativas, assim, no decorrer do trabalho etnográfico foi possível observar que os ACS atuam especialmente no acompanhamento dos pacientes já diagnosticados com DM e no incentivo ao autocuidado, especialmente alimentação e uso de medicação com vistas à prevenção de complicações advindas da doença.

A partir do quadro de atribuições mencionadas nos documentos dos órgãos de saúde, contrastando com a percepção dos ACS pesquisados, foi possível identificar outras atribuições por eles desempenhadas e consideradas relevantes, dentre as quais se destacam:

Visitas domiciliares regulares

Os documentos normatizam VD a toda a população da área de abrangência de todos os ACS de forma periódica, geralmente mensal, mas os ACS destacam que em alguns casos, com base nas necessidades, o acompanhamento acaba sendo até mais constante e muitas vezes contam com a ajuda dos demais membros da equipe, especialmente em casos mais “complexos”. Assim consideram e definem como atribuições:

- Realizar visitas domiciliares regulares aos pacientes diabéticos para acompanhar a sua situação de saúde-doença;
- Acompanhar os demais profissionais da equipe nas visitas domiciliares aos pacientes diabéticos.

[...] A nossa rotina básica é fazer visitas e acompanhar os pacientes rotineiramente, ou seja, estar na rua [...]. Nós damos prioridade às crianças, gestantes, idosos e doentes crônicos, às vezes é necessário dar uma passada toda semana para ver como eles estão (ACS Valeria).

Orientação para cuidados médicos periódicos

É uma preocupação contínua dos ACS o acompanhamento médico periódico, pois eles estão sempre “cuidando” das condições de saúde-doença, questionando as ações de autocuidado e autocontrole do DM, especialmente a dieta alimentar, o uso correto das

medicações e acompanhamento periódico no serviço de saúde. Dessa forma, eles elegem como atribuições:

- Perguntar e acompanhar a realização das consultas e exames periódicos;
- Entregar guias, comunicar e orientar sobre as consultas de especialidades e exames.

[...] A ACS novamente fez uma pergunta – quando você fez consulta pela última vez no posto e coletou os exames? – Ah, faz algum tempo. Então ela orientou sobre a necessidade de estar fazendo acompanhamento, de preferência, semestral para ver como estão as dosagens de glicemia, colesterol entre outros [...] (ACS Valeria, Edineia).

Atenção às condições sociais e econômicas

Uma grande preocupação dos ACS com os pacientes diabéticos permeia a situação de vulnerabilidade socioeconômica e o viver com diabetes, pois geralmente atribuem os cuidados ao DM como algo que exige disciplina e é geralmente de custo elevado. Assim elegem como atribuição:

- Acompanhar e dar atenção aos pacientes diabéticos e suas famílias com vulnerabilidade social, orientando-os sobre os benefícios e encaminhá-los à assistência social.

Nesse momento Marlei nos contou da filha que perdeu o emprego e que agora está vendendo espetinhos à noite em frente à sua casa. Percebi que esse assunto está incomodando muito a família. Marlei disse que a filha está vindo morar na casinha dos fundos, pois, como está desempregada, não consegue mais pagar o aluguel. Vejo que elas possuem diversas dificuldades financeiras e isso fica claro quando o ACS pergunta - e as frutas, a senhora está comendo? E ela diz – ah, quando tem a gente come, né. A coisa não está fácil. Nós temos passado cada coisa, mas agora acho que está tudo bem. [...] Lembro-me de como, em outras visitas, o ACS fez algumas falas firmes à dona Marlei no sentido de frisar bem as consequências de um diabetes descompensado. Mas que ele também se preocupa com as condições sociais e econômicas da família, sempre perguntando e orientando, no que pode, quanto aos benefícios que a família teria direito etc. (ACS Luis, Marlei).

Articulação dos usuários aos serviços de saúde

Um ponto de grande significado no trabalho do ACS aqui identificado diz respeito à participação efetiva dos ACS nas reuniões com a equipe da ESF, ou seja, no projeto terapêutico singular (PTS) dos pacientes diabéticos. Nesse contexto definem como atribuição:

- Participar das reuniões de equipe e da discussão de casos de pacientes diabéticos, trazendo as informações necessárias.

Nota-se que os ACS veem a importância das informações que eles possuem e trazem dos pacientes para a equipe de saúde, mas ao mesmo tempo se sentem desvalorizados e alienados do PTS dos pacientes.

[...] nós na pirâmide estamos lá em baixo, somos os menos reconhecidos e os que têm menos conhecimentos dentre os profissionais de saúde, mas somos nós quem fazemos a ponte, o elo entre os pacientes e o serviço de saúde. Somos nós que identificamos, geralmente, as demandas e tentamos gerar e levar soluções. [...] Acho que deveríamos ser mais valorizados (ACS Luis).

Para alguns autores, o tratamento do portador de DM2 tem como base a tríade: alimentação adequada, exercícios físicos regulares e uso de insulina ou antidiabéticos orais diariamente. Porém essa tríade não é efetiva se não houver um apoio psicológico e a educação do paciente, no sentido de compreender melhor a doença, a fim de realizar o tratamento de forma concreta, visto que o diabetes é uma doença crônica e por isso necessita de um tratamento contínuo (FERREIRA NETA et al., 2013). Afirma-se que por meio da inserção dos aspectos psicológicos, sociais e econômicos é possível compreender de forma plena as experiências e expectativas das pessoas que convivem com o diabetes (MAIAS NETO, 2003).

Estudo realizado em unidades de saúde de Belo Horizonte/MG afirma que os profissionais devem ter competências para atuar na prática educativa em DM2, buscando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a concretização das ações educativas a serem realizadas junto aos usuários portadores dessa doença, visando à educação para o autocuidado da doença. Além disso, elencou as seguintes competências para a prática educativa em DM2 na APS: Conhecimentos (conhecer sobre o diabetes, conhecer sobre as teorias da educação em saúde e conhecer a população); Habilidades (comunicação, trabalho em equipe, liderança e avaliação); Atitudes (empatia, acolhimento, humanização, calma, motivação, iniciativa, criatividade, flexibilidade e atitude positiva) (SANTOS; TORRES, 2012).

Nesse aspecto, estudo realizado em 2003 sugeriu as seguintes estratégias para atingir melhores resultados na educação para o autocuidado junto aos pacientes diabéticos, dentre as quais se destacam: conhecer as experiências singulares de cada pessoa, adotando sempre que possível a perspectiva de gênero para então definir um processo educativo que vise instrumentalizar o paciente diabético para lidar com as possíveis mudanças previstas na terapêutica do DM, desenvolvendo assim a capacidade de decisão e negociação nos mesmos; prestar atenção individualizada e aprofundar nas necessidades conforme cada realidade em particular; desenvolver senso de cooperação, coesão e comunicação entre os membros da equipe de saúde explorando o potencial educador de cada um; estimular a criação de grupos

de discussão que propiciem um espaço seguro para que os pacientes falem sobre suas experiências, a fim de que descubram que não estão sozinhos com seus problemas; promover maior integração dos profissionais de saúde entre si e com os pacientes diabéticos a fim de estabelecer uma relação de parceria e cumplicidade no enfrentamento da doença (MAIAS NETO, 2003).

A partir do trabalho etnográfico foi possível caracterizar dois perfis de atuação dos agentes junto aos pacientes diabéticos e os classificamos em: ACS que cuidam do “diabetes” de forma mais prescritiva; ACS que cuidam do “diabetes” e de outras questões da vida.

ACS que cuidam do “diabetes” de forma mais prescritiva

Ao acompanhar o ACS Luis em visita à paciente Marlei, diabética há mais de 20 anos, foi possível perceber que o ACS atua de forma prescritiva, reforçando a normatividade médica, e ainda como vigilante do ambiente do paciente diabético.

[...] Nesse momento, com um ar de polícia e com voz de autoridade, ele entrou um pouco mais na cozinha e tocou, com os dedos, na garrafa de café, perguntando - e esse cafezinho aqui, docinho? Ela disse - sim, sem açúcar ninguém toma, meu filho, e eu não compro adoçante, é muito caro. O ACS me olhou e balançou a cabeça em sinal de reprovação, como quem afirmasse - eu não disse a você que ela era rebelde.

Ele novamente fez outra pergunta em tom de voz exaltado - e alimentação, dona Maria, como está? A senhora sabe que precisa se cuidar. Ela disse - estou comento arroz, feijão, ovo, salada, carne de porco. A filha interveio e disse - come tudo com muita gordura, ela ainda pega aquela gordura da panela e joga por cima da comida. Maria encarou a filha, aumentou o tom da voz e retrucou - eu gosto, se o que eu gosto de comer vai me matar, que mate. Ele me olhou, deu uma piscada e balançou a cabeça em sinal de reprovação novamente.

O ACS orientou sobre a importância de ela cuidar da alimentação, porque é nova ainda, só tem 58 anos, e que ainda não tem consequências da doença, ela respondeu firme novamente - tudo que é de diabetes eu não gosto, aquele pão chapiscado, credo.

Nessa hora, ele mudou o tom de voz novamente e falou firme com ela: - dona Maria, a senhora não está ajudando com alimentação, não quer usar insulina que o médico sugeriu. E de modo bem intimidador falou - se a senhora assim inteira já é difícil, imagina cega, amputada. Se a senhora não se cuidar só vai piorar.

Explicou novamente a importância de uma dieta adequada e de tentar usar insulina.

Maria respondeu - ah Zé, você nem deveria ouvir isso meu filho, mas quem se cuida, cuida, cuida... morre também. Olha o pai da vizinha (Bete) cuidou tanto e morreu de diabetes.

Ele repetiu - dona Maria, a senhora é nova, não tem consequências ainda, o pior não é morrer, o pior é ficar sofrendo com a doença [...] (ACS Luis, Marlei).

ACS que cuidam do “diabetes” e de outras questões da vida

Ao acompanhar a ACS Rute, ela me levou para conhecer e acompanhar o caso da senhora Vanusa, diabética há 15 anos, que mora sozinha. Uma senhora com mais de 70 anos, de cor negra, cabelos grisalhos, evangélica, aposentada, solitária, sistemática com os seus afazeres e responsável por tudo em sua casa e em sua vida e que diz gostar e cuidar de animais de estimação para não se sentir tão sozinha.

A residência fica distante da UBS, cerca de um quilômetro e meio. Em uma avenida do bairro com movimento não muito intenso, mas de alta velocidade dos veículos, uma área bem residencial. Fato este que sempre preocupa a ACS - eu sempre falo para a Vanusa se cuidar, pois tenho medo dela ser atropelada aqui, já que sempre está sozinha.

Uma casa com muitos gatos e um cachorro, com comidas e cobertas espalhadas pelo chão para os animais. A casa é bem vazia e a dona Vanusa relatou que não compra nada de valor, e o que tinha vendeu, por medo, pois os ladrõezinhos estão por lá a todo o momento, querendo roubar para comprar drogas.

A ACS perguntou sobre o acompanhamento dela no Hospital das Clínicas para a cirurgia de catarata e ela disse – eles me ligaram e agendaram só para janeiro. Eu estou precisando logo, pois está cada dia mais difícil para enxergar. Ontem fui até o centro buscar um exame e levar o HGT para ver o que estava acontecendo e quase não enxergava. Uma hora um carro passou bem perto de mim porque de um lado quase não enxergo.

E a ACS – a senhora se alimentou antes de ir ontem? E hoje depois da insulina? Sim, ontem eu comi, mas quando estava no centro me deu uma suadeira que achei que eu ia cair, aí comi uma paçoca, mas não fez bem não, foi muito doce. Agora vai uns dias para a diabetes regular, até paçoca sair de mim.

Eu vi que preciso me cuidar muito porque essa danada mata. [...] eu descobri a minha diabetes em 2000, mas eu não me cuidava, comia de tudo, fazia todas as comidas que meu marido pedia. Mas agora estou me cuidando e preciso cuidar mais. Ganhei uns quilos tomando um polivitamínico, agora tenho que fazer caminhada para perder essa barriga.

Vanusa continuou a conversa – essa diabetes é danada, ela alta esmorece a gente e se está baixa ela dá uma suadeira. Por isso preciso fazer um regime melhor, senão não adianta.

A ACS disse – realmente, Vanusa, a alimentação influencia muito e o aparelho é muito bom, pois ele denuncia o valor da glicemia. Minha mãe e meu pai são diabéticos, e minha mãe sempre diz que tem raiva desse aparelho, pois ela mostra sempre o número da glicemia e ela fica brava quando está muito alta. Então, se sair da linha com a boca, o HGT denuncia.

Por um momento elas mudaram o rumo da conversa um pouco e a ACS perguntou quantos anos a cachorra tinha, pois parecia bem velhinha e estava mancando muito. Vanusa disse – ela tem 12 anos, mas foi muito judiada. Os animais que tenho aqui eu não peguei nenhum com as minhas próprias mãos, pessoal joga aí na frente e eu fico com dó e pego pra cuidar. Essa cachorra já pegou cria com 6 meses de idade, depois ela teve hérnia de disco e ficou 2 anos e meio aqui deitada, mas voltou a andar. O veterinário disse que ficou com vergonha de me dizer após a cirurgia que ela não andaria mais. Mas depois, quando eu o encontrei, disse a ele que o meu Deus a curaria. E foi o que aconteceu, ela voltou a andar, ficou meio manca, mas anda.

A ACS perguntou – a senhora não gosta muito de passear, de viajar? E ainda tem os bichinhos também.

Vanusa respondeu - É verdade, eu não saio muito de casa. Só minha filha vem aqui de vez em quando com as netas e os bisnetos. Mas na maior parte do tempo estou em casa com os meus bichinhos.

A ACS perguntou sobre o telefone, se ela continuava com a linha fixa, ela disse – eu não posso ficar sem esse telefone, porque preciso muito dele e se eu passar mal tenho como pedir ajuda. E, além disso, recebo muitas ligações do posto, do hospital, das consultas que tenho.

Após essa conversa, que durou mais ou menos uma hora, fomos nos levantando e nos despedindo. A ACS perguntou se ela queria nos acompanhar até a UBS já que estava de saída quando chegamos. Ela disse – muito obrigada, mas tenho que arrumar algumas coisas ainda aqui antes de sair.

Ao levantarmos, Vanusa disse – eu nem ofereci um cafezinho a vocês, mas se esperarem eu passo um rapidinho. Nós agradecemos e dissemos que não havia necessidade, nos despedimos e voltamos a caminhar (ACS Rute, Vanusa).

A partir dos exemplos de ação do ACS, pode-se dizer que eles se preocupam com questões pontuais que surgem no decorrer da conversa e que o foco das visitas é, em sua maioria, a doença e o autocuidado. Apreende-se que os ACS apresentam dificuldade para explorar os aspectos da vida de forma aprofundada e fazer a inter-relação das questões da vida com a doença e o comportamento que os pacientes apresentam e relatam.

Para tanto, as visitas são norteadas pelo ACS e ocorre por meio do diálogo entre o ACS e o paciente e, em geral, seguem um “roteiro” de perguntas relacionadas ao convívio com o diabetes e sobre o autocuidado. A seguir apresentamos um quadro com as principais perguntas que surgiram nos diários de campo e que comumente norteiam o diálogo com foco no DM2.

Quadro 03 - Roteiro de perguntas comumente feitas por ACS a pacientes com DM2 nas visitas domiciliares. Londrina, 2016

Estado de saúde	- Como você está se sentindo hoje? - Como você está?
Convívio com o DM	- Há quantos anos você tem diabetes? - E o diabetes como está? - E o diabetes está controlado? - E se acontecer alguma coisa (crise) você sabe o que fazer?
Alimentação	- E a alimentação, como está? - Como você está cuidando da alimentação? - Você está controlando a alimentação? - E as frutas e verduras, está comendo? - E os pães e o arroz, quais está comendo? - E os doces e os refrigerantes? - Está comendo nos horários certinhos? - E esse cafezinho, docinho? - Você usa adoçante no café? - E as escapadinhas, como estão? - E os docinhos e as beliscadas, como estão? - E o miojão, está comendo? - Você está comendo nos horários corretos? - Você já se alimentou hoje? - Em que horário está se alimentando antes de se deitar? - Está se alimentando antes de sair de casa para a atividade física? - Você já passou pelo nutricionista? - E o preparo dos alimentos, como está?
Medicação	- Quais medicamentos está tomando? - E os medicamentos, está tomando certinho? - E os medicamentos, mudou alguma coisa após a consulta? - Você está usando a insulina? - E a insulina, está usando certinho? - Como você faz a insulina? - Está fazendo rodízio na aplicação da insulina? - Ainda tem os remédios em casa?
Autocontrole	- E o aparelho de HGT, você tem? - E o HGT, está fazendo? - Você está verificando a glicemia? - E o HGT, está controlado? - E quando a glicemia está alterada, a que nível/valor ela chega?
Consultas e exames de rotina	- E como estão os resultados dos exames? - E as consultas de rotina, como estão?

	- E os exames de sangue, de rotina, quando fez pela última vez? - Quando você fez consulta pela última vez no posto? Coletou os exames nesse dia?
Cuidado com lesões	- E as pernas e os pés como estão, nenhum machucadinho?
Dúvidas	- Você tem alguma dúvida ou dificuldade? - Você tem alguma dúvida, alguma coisa que você queira perguntar? - Você tem alguma dúvida em relação aos cuidados com os pés? - E quanto à insulina, você tem alguma dúvida? Consegue fazer certinho? - Posso te ajudar em algo, ou fazer algo por você?

Podemos dizer que, em grande parte, essas perguntas são como um “roteiro” para a visita. Esporadicamente exploram-se outros aspectos da vida, como aspectos relacionados à rede de apoio, à situação socioeconômica, às atividades de lazer, à sexualidade, às dificuldades para enfrentar o diabetes e realizar o autocuidado, entre outros.

Nesse sentido, o ACS atua sobre o “comportamento” do portador de DM2 em seu autocuidado e sobre a verificação da “norma médica”. Ou seja, o ACS atua com base no comportamento do paciente tendo como referência a “normatividade” médica e faz as orientações baseadas, especialmente, nos aspectos relacionados ao estado de saúde do paciente com foco no diabetes, à alimentação, ao uso de medicamentos, ao autocontrole e ao acompanhamento nos serviços de saúde por meio da realização de consultas e exames periódicos.

Para alguns autores, o tratamento do portador de DM2 tem como base a tríade: alimentação adequada, exercícios físicos regulares e uso de insulina ou antidiabéticos orais diariamente. Porém essa tríade não é efetiva se não houver um apoio psicológico e a educação do paciente, no sentido de compreender melhor a doença, a fim de realizar o tratamento de forma concreta, visto que o diabetes é uma doença crônica e por isso necessita de um tratamento contínuo (FERREIRA NETA et al., 2013).

A partir da análise dos dados, é fato pensar que os ACS têm realizado ações de educação para o autocuidado em diabetes de forma menos problematizadora. Nesse sentido é importante ressaltar as mudanças almejadas para as práticas educativas na ESF, onde se busca o empoderamento dos indivíduos, a participação ativa nas decisões sobre o processo saúde-doença. Desse processo se esperam ações de cunho dialógico, que valorizem o outro e atendam às suas necessidades de cuidado.

5.5 Os Obstáculos ao Autocuidado Para Quem Vive com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Perspectiva do Agente Comunitário de Saúde

Analizando o processo de trabalho do ACS na educação em saúde em DM2, foi possível elucidar o que eles consideram como obstáculos para quem vive com a doença.

Após discutir como ele desempenha o seu trabalho junto aos portadores de DM2, podemos descrever o que eles consideram como dificuldades na apreensão e desenvolvimento das práticas de autocuidado pelos pacientes.

Quadro 04 - Obstáculos ao autocuidado e autocontrole no DM2 segundo a percepção dos ACS¹²

I – Relacionados à própria doença

1- O diabetes silencioso.

II - Relacionados ao próprio paciente

2- A dificuldade de entender os sinais corporais.

3- A falta de conhecimento sobre a doença e sua gravidade.

4- A dificuldade de aceitar o diabetes limita o autocuidado.

5- O analfabetismo limita o autocuidado.

6- A dificuldade econômica limita o autocuidado.

7- O sofrimento mental limita o autocuidado.

8- A solidão limita o autocuidado.

9- O medo de agulha limita o autocuidado.

10- A dificuldade de controlar o desejo limita o autocuidado.

11- A dificuldade de seguir a prescrição dietética limita o autocuidado.

12- O difícil controle da hipoglicemia.

III – Relacionados à rede de apoio

13 - A falta da rede de apoio limita o autocuidado.

¹² Quadro inspirado no trabalho de Cyrino (2009). CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: EDUNESP, 2009.

I - OBSTÁCULOS AO AUTOCUIDADO E AUTOCONTROLE RELACIONADOS À PRÓPRIA DOENÇA

O diabetes silencioso

Estamos chamando por diabetes silencioso a situação identificada pelos ACS como um obstáculo ao autocuidado, ou seja, quando a pessoa que vive com diabetes não apresenta sintomas, passando a preocupar-se apenas na presença de sintomas.

É notável entre os ACS, a informação de que o diabetes é uma doença silenciosa, tem manifestação de poucos sintomas e um início insidioso, fato este que faz com que os pacientes comecem a se preocupar com o seu estado de saúde quando já apresenta sintomas o que pode agravar o curso da mesma. Nesse sentido, os ACS utilizam-se de valores numéricos para tentar mostrar o “descontrole” e explicar a sintomatologia da hipoglicemia.

Em segundo lugar acho que é: o diabetes é uma doença danadinha e silenciosa. Então nesse segundo aspecto eu tento mostrar sempre para eles que o diabetes não está controlado utilizando os valores da glicemia nos exames de sangue. Porque se a gente só falar eles não acreditam, então sempre uso os valores de exames para dizer quando não estão bem. É bem a ideia de provar as alterações pelo HGT (riso) (ACS Valeria).

Ainda acho que é muito difícil, pois eles não consideram o diabetes uma doença grave e só se sentem mal quando tem hipoglicemia. Assim, às vezes, acham que ter a glicemia alta não causa nada. Eles não entendem as consequências da glicemia descompensando o tempo todo. Então vejo o diabetes como uma doença muito silenciosa, mas que causa grandes consequências (ACS Fabiana).

É perceptível entre os ACS, a ideia de que os portadores de DM2 apenas começam a se preocupar e a desenvolver o cuidado de si quando os sintomas da doença já se manifestaram, o que muitas vezes aumenta o risco de complicações da doença. Portanto a característica silenciosa do diabetes limita o autocuidado e o autocontrole e leva a pessoa a procurar os serviços de assistência de média ou alta complexidade, como podemos perceber nos trechos do diário de campo:

A ACS perguntou – como você está hoje? – Ah, hoje eu estou bem melhor. Mas semana passada a coisa foi feia, a diabetes descompensou, tive uma crise, tive cetoacidose diabética e fiquei internado. Agora não teve jeito, entrei na insulina. [...] Ao sairmos, a ACS disse – eu espero que ele vá, pois ele é bem rebelde, não gosta muito de ir a UBS. Mas depois do que ele passou na semana passada, ficou internado e tudo, talvez ele comece a se cuidar (ACS Rafaela, Flavio).

Após sentarmos, a ACS pergunta - e a senhora como está? Resolveu se cuidar? [...] A ACS surpreende-se quando a paciente responde – ah, minha filha, eu fui obrigada a me cuidar (risos). Eu

passsei mal, minha diabetes foi a quase mil, o aparelho lá do posto nem conseguiu medir de tão alta que tava. Aí, minha filha, eu tive que começar a tomar remédio. E brincou – é, dona Marinalva, a água chegou na cintura, então? E já aproveitou – olha, diferente das outras vezes que vim aqui ver a senhora, hoje é uma satisfação saber que a senhora está se cuidando. [...] Após sairmos da casa, a ACS me contou também – na última visita que fiz dei uma bronca nela, falei que o que estava em risco era a vida dela e não a minha, que precisava se cuidar (ACS Rafaela, Marinalva).

II - OBSTÁCULOS AO AUTOCUIDADO E AUTOCONTROLE RELACIONADOS AO PRÓPRIO PACIENTE

A dificuldade de entender os sinais corporais

A falta de sintomas e de entendimento sobre a gravidade da doença é considerada entre alguns ACS, ou seja, a dificuldade dos pacientes em associar os sinais e sintomas com o diabetes. Muitas vezes eles apresentam os sintomas, mas não conseguem interpretá-los. Atribuem tal dificuldade ao que denominam analfabetismo funcional e à falta de conhecimento e dificuldade de compreender a doença.

Além das mudanças de hábitos, que acho que é a maior dificuldade dos pacientes diabéticos, eu considero também a questão econômica que às vezes impede certas mudanças, como a compra de alimentos diets, além da questão do analfabetismo funcional, pois muitos ouvem atentamente, mas não conseguem processar as orientações, não conseguem compreender as orientações. Têm dificuldades de associar os sinais e sintomas que eles têm com a diabetes (ACS Luis).

O fato de, muitas vezes, o diabetes ser silencioso pode levar os pacientes a não acreditar na doença e negligenciar o cuidado até o aparecimento das complicações. Nesse sentido, Cyrino destaca

O caráter ‘silencioso’ do diabetes os leva (pacientes) a construir analogias como um ‘câncer’ de evolução lenta, por isso insidioso e traiçoeiro. A irrupção de sintomas ou complicações quebra esse silêncio e é motivo para alguns ‘darem mais importância’ ao tratamento (CYRINO, 2009, p. 125, grifos do autor).

Nessa mesma linha, estudo realizado na Paraíba reforça o caráter silencioso e ambíguo do adoecimento, no qual o aparecimento da doença está relacionado ao tratamento, então muitos pacientes relatam que começam a sentir as “coisas” do diabetes após iniciar o tratamento medicamentoso (NEVES, 2015).

Nesse contexto, a experiência com a doença e a inserção sociocultural dos doentes não são consideradas no âmbito dos serviços de assistência à saúde e “esses fatores estão diretamente relacionados às leituras dos doentes sobre sensações corporais, percepção do corpo e subjetividade, assim como as modalidades de convívio social com amigos, famílias, relações de trabalho, entre outras esferas de vida social” (NEVES, 2015, p. 122).

A falta de conhecimento sobre a doença e sua gravidade

A maioria dos ACS aponta como um dos obstáculos para o autocuidado, o desconhecimento do paciente acerca da doença e suas complicações. Apreende-se que ações educativas precisam ser implementadas ou reforçadas a fim de demonstrar ao paciente diabético a importância do cuidado com a saúde e da adesão à tríade do autocuidado.

Eu acho que a maior dificuldade que tenho para lidar com os diabéticos é quanto ao entendimento deles sobre a doença. Eles não têm ideia da dimensão do diabetes. Então tenho muita dificuldade em convencê-los de que ela é perigosa, que precisam se alimentar e tomar os remédios corretamente (ACS Denis).

Eu acho que o diabetes é uma doença banalizada. As pessoas dizem ‘ah, eu tenho só diabetes’. Só vão se preocupar quando vêm os casos sérios, que têm um grande impacto, como: a catarata, as amputações, as ulcerações que não cicatrizam, o emagrecimento severo, a hipoglicemia e a hiperglicemia, o coma, e quando se tornam insulínod dependentes. Eu vejo que é possível conviver bem com a doença se a pessoa tomar consciência e se cuidar e se controlar (ACS Fabiana).

Na percepção dos ACS, os diabéticos não consideram o diabetes como uma doença grave, então começam dar importância a ela e às práticas de autocuidado apenas quando os sintomas aparecem, sendo em alguns casos já agravados pelo tempo.

A crença dos pacientes de que o medicamento é milagroso e que não necessitam de outros cuidados, como a alimentação e a prática de atividades físicas, é um comportamento limitante para o autocuidado. Esses comportamentos podem ser explicados pela negação e pelo não entendimento da doença, associados ao analfabetismo, pela falta de colaboração do paciente na adesão à terapêutica do diabetes e por não acreditarem em sua gravidade.

Eu acho que eles não se cuidam porque têm resistência à doença. [...] Então vejo que muitos deles ao tomar o medicamento acham que têm direito a tudo, que não precisam se cuidar, que o remédio faz milagre. Acho que muitos deles não entendem realmente a doença (ACS Marines).

Eu acho que as maiores dificuldades em lidar com o paciente diabético é a questão da alimentação e da resistência ao tratamento. É pior que isso, quando eles acham que remédio é milagroso, só porque está tomando a glicemia vai ficar controlada e baixa e eles não precisam se cuidar (ACS Valeria).

Estudo mostra que os pacientes diabéticos seguem de forma não estrita a prescrição alimentar, mas ao ter os primeiros indícios de controle da glicemia tendem a descuidar da alimentação, mantendo, geralmente, o uso da medicação, e retornando à dieta alimentar quando novos sintomas de desregulação da glicemia (SANTOS; ARAÚJO, 2011).

A dificuldade de aceitar o diabetes limita o autocuidado

Alguns ACS identificam que a dificuldade em aceitar a doença se apresenta como uma barreira para o autocuidado. Muitos dos pacientes diabéticos negam o diagnóstico e se recusam a aderir ao tratamento e mudar hábitos de vida até a chegada da crise, geralmente de hipo ou hiperglicemia. Outros, mesmo após o diagnóstico e tratamento para o DM2, não mudam nenhum hábito de vida e com isso tem dificuldade no autocontrole, pois alegam que vão morrer de qualquer forma, cuidando ou sem se cuidar.

Eu acho que a maior dificuldade está na aceitação da doença. Acho que é difícil a aceitação e a mudança dos hábitos, principalmente os alimentares (ACS Rute).

Eu vejo dois perfis: os que aceitam a doença e aderem ao tratamento e se cuidam, e os que não aceitam, não se cuidam e não querem fazer nada. Um exemplo de uma paciente minha que me contou que sua amiga vivia dizendo ‘eu vou morrer comendo’ e ela retrucava dizendo ‘e vai morrer sofrendo’. E como ela conta, a amiga já morreu e teve complicações do diabetes e ela está viva ainda (ACS Rute).

O analfabetismo limita o autocuidado

Para uma parcela dos ACS entrevistados, o analfabetismo ocasiona o desconhecimento ou a desinformação dos pacientes sobre a sua doença. Acreditam que muitos dos diabéticos ouvem as orientações, mas não conseguem colocá-las em prática em seu cotidiano. Tendo como exemplo dado por eles a troca das medicações, o que interfere diretamente no autocontrole.

Creio que a maior dificuldade é o nível de cognição das pessoas. Tenho muitos pacientes analfabetos e idosos. Então eu acho que o grau de esclarecimento, o nível de entendimento das pessoas influencia diretamente sobre os cuidados. Um exemplo: muitos não sabem ler e tomam os medicamentos sozinhos. Então tenho muito medo de eles confundirem, pois se guiam pelo tamanho e pela cor dos comprimidos muitas vezes. Nós já fizemos caixinhas para separar e ajudar, mas é difícil acompanhar todo mundo (ACS Rute).

Aceitar e ressignificar o diabetes envolve a capacidade do paciente em lidar com as rupturas que acontecem em sua vida pessoal, familiar e social, e desse modo “transformar o adoecimento numa condição que possa ser pensada como *viver com e apesar de*, na qual se

aliam elementos relacionados ao tempo, ao corpo e à gestão de si mesmo num contínuo processo de positivação da vida com diabetes” (NEVES, 2015, p. 129, grifo do autor).

Assim como os ACS percebem as dificuldades dos pacientes diabéticos em se ajustar às informações/orientações e dominar o que acontece consigo, como o controle dos desejos e dos picos da glicemia, outros profissionais, especialmente médicos, definem esse desajuste como o motivo da não adesão do paciente ao tratamento (NEVES, 2015).

A dificuldade econômica limita o autocuidado

A importância atribuída à situação financeira desfavorável dos pacientes diabéticos foi mais significativa no âmbito da alimentação, pois muitos relataram comer o que conseguem de doações e o que é possível adquirir. Essa limitação para o autocuidado é de difícil abordagem para os ACS, assim recomendam a busca pelos serviços de atenção social e mobilização da rede de apoio familiar.

Além das mudanças de hábitos que acho que é a maior dificuldade dos pacientes diabéticos, eu considero também a questão econômica que às vezes impede certas mudanças, como a compra de alimentos diets, e ainda a questão do analfabetismo funcional [...] (ACS Luis).

Nesse momento Marlei nos contou da filha que perdeu o emprego e que agora está vendendo espetinhos à noite em frente à sua casa. Percebi que esse assunto está incomodando muito a família. Marlei disse que a filha está vindo morar na casinha dos fundos, pois, como está desempregada, não consegue mais pagar o aluguel. Vejo que elas possuem diversas dificuldades financeiras e isso fica claro quando o ACS pergunta - e as frutas, a senhora está comendo? E ela diz – ah, quando tem a gente come, né. A coisa não está fácil. Nós temos passado cada coisa, mas agora acho que está tudo bem [...] (ACS Luis, Marlei).

A ACS continuou – e os pães e o arroz, quais está comendo? Ela disse - eu como o “semidão” (risos). Eu como o que me dão, o que tem aqui. Mas não consigo comer aquele arroz escuro, eu não me acerto com ele. A ACS disse – é Clarice, eu sei que não é fácil, mas sempre que a senhora puder escolha alimentos mais saudáveis como verduras e legumes (ACS Rute, Clarice).

Dessa forma é comum, além de obstáculos materiais de acesso aos alimentos recomendados, ocorrer o conflito entre a dieta alimentar prescrita e orientada pelos profissionais de saúde e os padrões culturais que informam as práticas alimentares do grupo social ao qual pertence o paciente diabético (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

O sofrimento mental limita o autocuidado

O ato de se alimentar é natural a todo ser humano, considerado uma necessidade fisiológica, mas para que ela ocorra de maneira regular e prazerosa é necessário que o aspecto

emocional esteja equilibrado. Ou seja, os desequilíbrios de ordem psicológicas abalam o apetite e interferem na alimentação e em todos os demais aspectos de vida, como o trabalho, o sono e as relações interpessoais.

Tivemos na pesquisa de campo contato com diversas pessoas que passavam por situação de luto, seja pela perda do cônjuge, da mãe e parente próximo (primo). Os ACS não foram sensíveis em todos os casos a ponto de perceberem que o luto estava influenciando o autocuidado. Relatamos um dos casos em que o ACS deu atenção e orientou o autocuidado percebendo e considerando tal acontecimento.

Valquíria, uma jovem senhora, 49 anos, com os cabelos despenteados, usando ainda camisola, sentou-se ao nosso lado e com olhar bem entristecido aguardando a conversa. [...] A mãe faleceu há quase um ano, mas, segundo ela – é muito difícil, eu ainda não superei. Eu cuidava dela aqui na minha casa, olha, eu estou vestindo a camisola dela. Ainda bem que eu estou trabalhando, mas mesmo assim está muito difícil. A ACS disse – sei que não é fácil, mas a vida precisa continuar. Só o tempo é capaz de nos ajudar. Temos que nos apegar às boas lembranças e seguir em frente. E pensar que ela estava aqui sofrendo muito e que agora ela está bem. Em um lugar abençoado. E garanto que ela quer ver você bem, quer que você se cuide, que cuide da sua saúde, é por isso que estamos aqui. [...]. Ela com os olhos já umedecidos começa a falar – olha desde que perdi a minha mãe não tenho vontade de me cuidar. Eu até tento, mas não consigo. Eu trabalho à tarde e à noite, mas de manhã só quero dormir. Além disso, a minha alimentação é toda errada, eu sei disso. Eu como muito arroz, principalmente quando chego em casa tarde da noite. Eu estou muito estressada, muito triste também. Nesse momento a ACS disse – então vamos combinar assim, você vai começar a ir nas quintas-feiras às oito horas lá no centro comunitário para o grupo de alongamento do educador físico e depois tem também o atendimento pela nutricionista e pela psicóloga que também atendem em grupo ou individual. Lá você se diverte, pode perder peso e ainda aprender algumas coisas boas, como cuidar da sua alimentação (ACS Valeria, Valquíria).

Identificamos que, além do luto, algumas pessoas que se sentem muito tristes e que fazem uso de medicamentos antidepressivos também apresentam grandes limitações no desenvolvimento do autocuidado. O ACS ao verificar tal situação tem orientado ações que pudessem trazer bem estar, como os grupos ofertados pelos profissionais do NASF na UBS.

A ACS prosseguiu – e no mais Celia, como está? – Ah, eu ando muito triste, tem dias que passo o dia todo deitada, durmo bastante. Sinto um desânimo grande. E não gosto muito de ver televisão. Agora eu acho que melhorou um pouco, porque esses dias estava muito apreensiva, um primo meu com câncer estava entre a vida e a morte, sofrendo, mas agora já faz um mês que ele faleceu, agora estou mais tranquila. [...] A ACS disse – a senhora precisa se ocupar com algumas coisas de que gosta, como atividades manuais. Ela fez uma careta e disse - não sei fazer nada disso.

ACS falou sobre o grupo de artesanato que está acontecendo no posto, sendo coordenado pela educadora física e que no momento estão fazendo a arte de fuxicos. [...] A ACS tentou animá-la dizendo – a senhora é jovem, pode ainda fazer tantas coisas, precisa tentar se animar e buscar algo de que goste para fazer, como dar uma caminhadinha, conversar com os vizinhos, entre outras coisas de que gosta (ACS Rafaela, Celia).

A solidão limita o autocuidado

O fato de viver sozinho também foi denominado como um obstáculo ao autocuidado por alguns ACS. Além de viver sozinho, sem a rede de apoio pode gerar tristeza e oferecer riscos ao paciente diabético, especialmente no que tange às crises de hipoglicemia. Ainda há a preocupação com o risco de acidentes como quedas e atropelamentos por problemas de visão.

Nesse caso, a ACS acompanha com maior regularidade essa paciente e sempre está perguntando a ela o que fazer em casos de crises de hiper ou hipoglicemia, como o uso de unidades de insulina, o uso do telefone tanto para pedir ajuda a familiares como a equipes de urgência e emergência.

[...] A ACS muito atenciosa e solícita, disse - eu me preocupo com a senhora aqui sozinha, longe da família, e se acontecer alguma coisa, a senhora sabe o que fazer? Ela foi logo respondendo – eu sei sim, aprendi no grupo, eles disseram para fazer algumas unidades de insulina conforme eu estiver me sentindo e ligar para o socorro, ou para minhas filhas ou para o SAMU. Nesse momento relatou que gostaria que as filhas viessem mais na casa dela e que morassem mais próximo, mas como os maridos são muito ruins, não deixam elas virem passear. Ela já pensou em se mudar para perto de uma filha, mas não junto, pois não quer perder sua independência e nem atrapalhar a vida das filhas [...] (ACS Rute, Vanusa).

Enquanto Josué caminhava, nós ficamos observando-o por alguns instantes e o ACS falou – ele já enxerga pouco e essas calçadas não ajudam nada. Está bem perigoso ele caminhar sozinho. Fico com medo dele ser atropelado ou de cair e se machucar feio. Mas ele faz tudo sozinho e a pé. Percebo que o ACS se preocupa muito com Josué, tanto que disse ser esse o seu caso de paciente diabético mais agravado no momento. Mas vejo também que ele se sente meio sem saber o que fazer pelo paciente. Faz algumas orientações breves, como o uso correto dos medicamentos e a necessidade de realizar os curativos diariamente. Mas que, além disso, tem as questões familiares e de saúde do paciente que são de difícil intervenção, como o abandono pela esposa e o filho com problemas de saúde [...] (ACS Denis, Josué).

Estudo mostra que grande parte dos pacientes diabéticos com traços de tristeza tendem a reduzir os cuidados consigo mesmo. E aponta que o apoio familiar é essencial no combate aos sintomas depressivos e no enfrentamento da doença (SILVA, 2008).

Os estudos socioantropológicos contribuem para a compreensão dos elementos presentes nas microdecisões do gerenciamento da enfermidade, que incluem as dietas alimentares, apontando para sua complexidade e os limites das imposições normativas e prescritivas do saber e das práticas médica e nutricional. Considerando haver uma diferença entre o paciente ideal (cooperativo, aquiescente, obediente, passivo e seguidor) e o sujeito reflexivo, que reinterpreta as prescrições alimentares e age em coerência com sua experiência corporal, os conhecimentos prévios, os contextos e as situações cotidianas em que a enfermidade é vivenciada, são requeridas contínuas negociações junto aos adoecidos, constituindo-se em desafio importante no controle e na capacitação para o autocontrole do sofrimento e restrições de vida impostas pela condição crônica do diabetes (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010, p. 930).

Portanto, para se atingir mudanças, sejam elas na prática alimentar ou no uso de medicamentos, é necessário que os profissionais tracem um plano de cuidados levando em conta as particularidades de cada paciente, a fim de que atitudes de autocuidado possam ser entendidas e aplicadas pelos pacientes (SAMPAIO et al., 2008).

Nesse sentido, as ações de educação em saúde para o autocuidado no DM2 colaboram para o melhor controle do indivíduo para com a sua doença, pois acredita-se que, por meio do processo de conhecimento sobre a doença e o seu tratamento, os pacientes sejam conduzidos à transformação nos hábitos de vida e, conseqüentemente, ao autocuidado e autocontrole do diabetes (SAMPAIO et al., 2008).

O medo de agulha limita o autocuidado

Como o tratamento para o DM envolve, em grande parte dos casos, o uso de agulhas, e em alguns pacientes esse uso é por vezes repetido diversas vezes todos os dias, alguns ACS consideram que o medo de agulha é considerado um obstáculo para o autocuidado.

Alguns pacientes diabéticos há anos começam a desenvolver trauma pelo uso continuado da agulha, já para outros o fato de pensar no uso já causa repulsa, ao ponto de relatarem preferir a morte ao uso de insulina.

A ACS questionou sobre a insulina e ela explicou certinho que toma 20U de insulina R (regular) pela manhã e 14U à noite, mas se o valor do HGT for >150mg/dl ela toma 2U de insulina intermediária (NPH), e a cada 50mg/dl aumenta 2U, se necessário. Nesse momento Amália falou que está com trauma da agulha do HGT, que cada vez que vai fazer precisa virar o rosto. Disse não estar com medo, mas com trauma. Relatou que cada vez que precisa fazer o HGT pede para Jesus ajudá-la. Ela diz - Meu Jesus! Olha o tamanho dessa agulha! Já passei tantas coisas piores, me ajuda! Sempre “negocia” com Ele. Ela foi relatando o seu medo e fazendo expressão de choro, como alguém que se

diz como é difícil levar tantas “furadas” por dia. A ACS disse – sei que não é fácil Amália, mas é necessário, faz parte do tratamento do diabetes (ACS Lucia, Amália).

A ACS disse - realmente o último exame estava 269mg/dl, um pouco alta, dona Cícera. Precisa se cuidar um pouquinho mais porque a senhora conhece as consequências. [...] A ACS reforçou - a senhora sabe das complicações que a doença traz como a amputação, a cegueira, a perda dos rins. A senhora está tomando só os comprimidos, daqui a pouco se não controlar precisará tomar insulina. Nessa hora dona Cícera soltou um grito e disse – Deus que me perdoe, eu tenho um piripaque já pra tomar uma injeção, imagina insulina todo dia, não quero nem pensar. Se precisar eu morro, mas não tomo. Ai ACS diz – e os remédios, a senhora toma certinho? Mais uma vez dona Cícera colocou as mãos no rosto como se fosse se esconder e disse – ah ,o médico manda tomar três por dia, mas eu tomo só dois. A ACS disse - dona Cícera, a senhora precisa tomar os três, para controlar o diabetes, conforme o médico recomendou. Se não vai ter que ir para insulina [...] (ACS Valeria, Cícera).

Os pacientes diabéticos relatam o medo de agulha que compreende aqui a verificação do HGT, bem como a introdução da insulina no tratamento do DM.

O medo de utilizar a insulina também foi descrito por Cyrino como dos temores dos pacientes diabéticos que utilizam apenas hipoglicemiantes orais. A grande maioria deles associou o uso da insulina ao estágio avançado do DM. Mas, entre os pacientes que já faziam o uso da insulina, foi identificada a relutância e a dificuldade em fazer a aplicação (CYRINO, 2009).

A dificuldade de controlar o desejo limita o autocuidado

O ato de comer é considerado algo prazeroso e muitas vezes cuidar da alimentação pode ser um problema. Então cuidar da saúde e ter controle na alimentação é considerado pelos ACS como um obstáculo para o autocuidado.

Na minha visão, a maior dificuldade que os pacientes diabéticos enfrentam no autocuidado é em primeiro lugar: abrir mão de certos prazeres, principalmente relacionado à comida, pois eles indagam: por que eu não posso? (ACS Valeria).

Eu acho que a maior dificuldade que tenho para lidar com os diabéticos é quanto ao entendimento deles sobre a doença. Eles não têm ideia da dimensão do diabetes. [...] Sei que mexer na alimentação é muito difícil, pois ela dá muito prazer às pessoas (ACS Denis).

A dificuldade de seguir a prescrição dietética limita o autocuidado

Para os ACS, a maior dificuldade que os pacientes diabéticos encontram é a mudança de hábitos de vida, sendo a prática dietética o maior obstáculo. Os agentes frente às

dificuldades dos pacientes orientam uma dieta mais equilibrada, pois acreditam que mudar hábitos já arraigados é tarefa complexa.

Ao reconhecerem como obstáculo a dificuldade de seguir a prescrição dietética, os ACS ressaltam a dificuldade de seguir rigorosamente a dieta para diabéticos, bem como a dificuldade em fazer o fracionamento da dieta e de adquirir e usar produtos dietéticos, como os refrigerantes diets e os adoçantes.

[...] Saímos da casa de dona Amália e retornamos a UBS caminhando e conversando. A ACS relatou - a maior dificuldade dos pacientes é seguir à risca a dieta alimentar para diabéticos. E ainda lembra que dona Amália, por exemplo, com seus 78 anos não consegue praticar atividade física. Em outra VD ela havia contado que adora torresmo e que havia comido. Nesse momento a ACS me disse - como eu vou dizer que ela não pode comer, então eu digo pra ela evitar, para não comer sempre (ACS Lucia, Amália).

Os ACS, ao reconhecerem a mudança de hábitos relacionados à dieta como a ação mais difícil de ser executada entre os pacientes diabéticos, atribuem tal fato à alegria e satisfação que a alimentação tem na vida das pessoas e ainda pela restrição alimentar ser encarada como um castigo, então eles se perguntam: “Por que eu? Por que comigo?”.

Eu acho que para os pacientes a maior dificuldade é a alimentação. Eles sabem como deve ser, mas é muito difícil mudar e alimentar-se corretamente. Mesmo sabendo, eles continuam comendo errado (ACS Denis).

A maior dificuldade que os pacientes enfrentam para desenvolver o autocuidado é manter a dieta, pois a maioria é de idade avançada e já perdeu muito o paladar. Além disso, gostam muito de doces e massas e buscam as comidas mais fáceis, como: o pão, o biscoito, o bolo e as massas prontas. Outro ponto é que a alimentação é muito cultural, depende dos hábitos de cada pessoa (ACS Fabiana).

Alimentar-se a cada três horas é uma orientação nutricional para todas as pessoas, mas, para os diabéticos, é como uma regra, pois a alteração dos índices de glicemia ocorrem mais rapidamente e causam efeitos mais severos, como a tontura, fraqueza e até desmaios, o que aumenta o risco de quedas e outros acidentes.

[...] A ACS perguntou para o senhor Leonardo – e a sua alimentação, como está? Ele foi dizendo – eu me alimento bem, aqui em casa consumimos muita salada e frutas, mas eu fico ainda intervalo muito grande sem comer, às vezes almoço e vou comer só à noite de novo. Aí a ACS reforçou a importância de estar se alimentando de três em três horas (ACS Rosemeire, Leonardo).

ACS perguntou - E como está o jantar? Ah eu não janto não. Geralmente não como nada à noite. A ACS explicou novamente – olha Edineia, todos nós, mas especialmente quem tem diabetes, precisa se alimentar a cada três horas, e como à noite dormimos em média oito horas, temos que

ingerir algo próximo ao horário de dormir, pois se não o jejum será de muitas horas. Você pode tomar um leite, de preferência o desnatado, comer algum biscoito integral. Edineia disse – vou tentar melhorar isso [...] (ACS Valeria, Edineia).

Alterar a dinâmica alimentar não é tarefa fácil, substituir alimentos que são usados por toda a vida por outros, que não apresentam o mesmo sabor, é por vezes considerado penoso pelos diabéticos. Diante disso, os ACS tentam ajudar oferecendo alternativas alimentares e sensibilizando os pacientes da importância da substituição.

E quanto ao café, perguntou a ACS, a senhora usa adoçante? Cícera riu e disse – ah, café com adoçante fica muito ruim, eu tomo com pouco açúcar. A ACS deu dica de um adoçante que é 50% açúcar e 50% adoçante e que não tem sabor ruim e disse para ela tentar utilizar (ACS Valeria, Cícera).

A ACS fez mais uma pergunta – e o café dona Ciça, como a senhora está fazendo? – ah, estou fazendo com açúcar, não consigo gostar daquelas gotinhas. Então a ACS orientou sobre um adoçante de saquinho que é mais parecido com o açúcar, mas que não faz tanto mal de ser ingerido diariamente como o açúcar. Ciça disse – ah, mas eu tomo pouco café no dia. E a ACS insistiu – sim, dona Ciça, eu sei que pode ser pouco, mas temos que pensar que, se somarmos todos os dias, ao final de um mês quantas gramas de açúcar a senhora está ingerindo (ACS Valeria, Ciça).

Muitos consideram os alimentos *diets* estranhos ao paladar por estarem acostumados a outros tipos de alimentos, considerados “normais”. Além da estranheza ao paladar, muitos relatam a natureza econômico-social como restrição do acesso aos alimentos *diets*.

A ACS perguntou – e o diabetes como está? Rita, a nora, foi logo falando – está bem controlada. Ela só abusa dos refrigerantes, adora uma fanta. Já reduziu, mas ainda toma muito. A ACS disse – ai ai ai dona Laudelina, lembra que havíamos combinado de a senhora tomar o guaraná zero? (risos) (ACS Valeria, Laudelina e Rita).

O difícil controle da hipoglicemia

Seguir a prescrição dietética é difícil para os pacientes, o que tem ocasionado por diversas vezes as crises de hipoglicemia. Crises sentidas especialmente no desjejum e quando passam períodos longos sem ingerir nenhum alimento.

Os ACS estão capacitados tecnicamente para as orientações de cunho biomédico no que tange à alimentação saudável, ao fracionamento da dieta e aos cuidados para evitar a hipoglicemia. Esses conhecimentos, eles dizem aprender com a equipe tanto nas visitas como nos grupos de educação em saúde e ainda nos cursos de capacitação para ACS.

O ACS reforçou – dona Ofélia, a senhora precisa se alimentar de forma mais saudável e tentar fazer isso em intervalos menores, como de 3 em 3 horas para tentar controlar o diabetes, para

não ter fraquezas e quedas. Nesse momento ela nos conta – realmente eu preciso, porque esses dias eu senti muita fraqueza e tontura e cai aqui no chão da sala e não consegui levantar. Ai, só quando meu neto chegou, me pegou e colocou no sofá. Eu acho que minha diabetes baixou muito. Eu quase morri. O ACS disse - por isso, dona Ofélia, que a senhora precisa fazer um esforcinho para se alimentar mesmo sem sentir fome. Não precisa se empanturrar de comida, mas comer de pouquinho em pouquinho. Assim, o ideal seria a senhora fazer seis refeições diárias, sendo um café da manhã, um lanchinho às 10 horas, almoço, um lanchinho à tarde, jantar e depois comer algo bem levinho um pouco antes de dormir. O estômago tem que estar sempre trabalhando e assim o diabetes ficará mais controlado. A senhora não pode de jeito nenhum dormir “vazia”. Se não pode ter uma hipoglicemia à noite ou ao levantar. O diabetes é muito ruim se tiver alto, mas também é ruim se estiver muito baixo. Então é necessário equilibrar o açúcar no sangue (ACS Luis, Ofélia).

O ato de comer significa muito mais do que apenas ingerir alimentos, significa as relações pessoais, sociais, culturais e religiosas abrangidas no ato, ou seja, comer não é apenas uma questão de sobrevivência, mas também uma forma de prazer (LEONARDO, 2009; MATURANA, 2010).

Hábito alimentar pode ser definido como o tipo de escolha e de consumo de alimentos por uma pessoa, sendo determinado pelas influências fisiológicas, psicológicas, culturais, sociais e econômicas (DUTRA; MARCHINI, 2001; MATURANA, 2010). Dessa forma, admite-se que a mudança de hábitos não depende apenas da vontade do indivíduo e das regras dos profissionais de saúde, mas sim de fatores muito mais amplos e complexos de vida.

No Brasil, o hábito alimentar é mais voltado ao prazer de comer do que ao valor nutritivo dos alimentos, onde não se dá ênfase ao valor nutricional do alimento, mas ao gosto e ao prazer da alimentação (LEONARDO, 2009).

Estudo com diabéticos da Bahia mostra que “controlar a vontade de comer o proibido pela dieta oficial não é fácil. E nesta espécie de luta contra a doença, afluem alguns sentimentos, como o desejo pela comida contra indicada contrastando com o esforço para controlar a vontade de comer” (SILVA, 2008, p. 330).

Nesse sentido, o portador de DM precisa se submeter ao “controle” onde a razão dita o que deve e o que não deve ser ingerido, dessa forma será possível transformar a doença em algo natural e, assim, a perda do desejo se torna parte da modificação dos hábitos alimentares (SILVA, 2008).

Nesse contexto nota-se que os pacientes diabéticos percebem a alteração dos níveis da glicemia. Então, “é sempre um estado de risco que os faz prisioneiros da dieta, da disciplina

do corpo. O descontrole glicêmico afeta a vida do trabalho, o mundo doméstico, a vida da adolescente, o humor desses pacientes, de qualquer idade” (SILVA, 2008, p. 333).

Estudo realizado em Teresina, Piauí, afirma que as práticas alimentares precisam ser compreendidas pelos profissionais de saúde em sua multidimensionalidade, pois, caso contrário, podem dificultar a relação com os pacientes e prejudicar a adesão ao plano dietoterápico. Ainda reforçam a influência que possuem os valores culturais, afetivos e as limitações econômicas na adesão ao tratamento do diabetes (SANTOS; ARAÚJO, 2011).

O gerenciamento da alimentação na condição crônica é complexo, pois não envolve apenas conhecimento sobre a dieta alimentar, mas aspectos mais amplos e significativos relacionados às condições de vida, como as dimensões sociais, culturais e econômicas. A alimentação, ainda, é uma representação que define as características pessoais dentro de um grupo social (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; LEONARDO, 2009).

O contexto social de vida das pessoas influencia diretamente no cuidado de sua saúde e na reconfiguração da vida em virtude da doença. Em muitos casos, dependendo dos recursos financeiros que se tem acesso, bem como o apoio familiar, garantir a sua subsistência pode vir antes do que o desejável autocuidado e autocontrole em DM (MAIAS NETO, 2003).

Nesse sentido, alguns autores a apontam que:

não se pode querer responsabilizar alguém por sua saúde, quando este dispõe de recursos insuficientes para sua subsistência. A situação socioeconômica, o apoio social disponível e a própria relação que é estabelecida com os profissionais que prestam assistência são alguns dos fatores que podem vir a dificultar o manejo diário do diabetes mellitus (ANDERSON; BLUE; LAU, 1991 apud MAIAS NETO, 2003).

III - OBSTÁCULOS AO AUTOCUIDADO E AUTOCONTROLE RELACIONADOS À REDE DE APOIO

A falta da rede de apoio limita o autocuidado

Diversos ACS reconheceram que a falta de apoio da família ou a falta de um familiar presente pode ser uma barreira para a realização do autocuidado no DM2. Em geral, esse aspecto foi observado em casos de relacionamento difícil entre as pessoas da família e em

casos de pessoas que não possuem familiares próximos passando a depender da ajuda de outrem.

Em seguida, a ACS olhou para Clarice e foi logo perguntando de uma lesão no pescoço, que estava um pouco avermelhada e inchada e foi logo orientando – a senhora precisa ir até lá e o médico ou as enfermeiras dão uma olhada, às vezes é só uma consulta clínica mesmo e eles já passam alguma coisa para fazer, algum medicamento. Se precisar, já pedem o encaminhamento. Clarice relatou – ah, você sabe como é difícil eu caminhar até o posto. Primeiro tem essa escada aí na chegada que está quebrada e que não tem nenhum apoio, depois tem essa catarata que não me deixa enxergar de um dos olhos e o outro está meio ruim também. E, além disso, lembra da história que te contei que quase fui assaltada ali em cima na avenida, um casal me abordou e chegou bem pertinho querendo dinheiro ou coisa de valor. [...] A ACS disse – é, eu sei como é difícil, mas, se a senhora quiser, eu posso combinar um dia de vir aqui e subir lá junto com a senhora, é só a senhora me avisar. Sei que vocês aqui não se dão muito bem e que as meninas não ajudam muito a senhora, mas eu posso acompanhá-la. [...] E ainda orientou – a senhora precisa ter muito cuidado ao descer essas escadas, é perigoso. Tente usar um apoio, uma bengala, um pedaço de pau. Ela respondeu – eu preciso cuidar mesmo, está bem perigoso e se descer ali pela lateral é barro aí posso escorregar, então está difícil sair de casa (ACS Rute, Clarice).

A ACS questionou sobre a insulina – como está o uso da insulina? Está fazendo o rodízio? E Neide riu dizendo – eu faço certinho, eu mesmo que aplico, mas não consigo fazer no braço, nem no bumbum, então faço na barriga e na coxa. Às vezes eu tento fazer no braço na frente do espelho, mas dói muito depois. A ACS explicou – no braço você não consegue fazer sozinha, porque aí faz no músculo e precisa ser na gordurinha. Chamou a sobrinha e explicou a ela. E ela muito disposta disse – eu faço sim, isso é rapidinho, é só você deixar a insulina preparada e levar lá que eu aplico (ACS Marines, Neide e sobrinha).

Aqui fica claro que a falta da rede de apoio, especialmente a mais próxima, ou seja, a família, com uma dinâmica permeada por conflitos, tende a dificultar o autocuidado e autocontrole do paciente diabético.

Dessa forma, ao buscar compreender os obstáculos ao autocuidado na visão dos ACS, identificamos 13, sendo um associado à própria doença; onze ao próprio paciente e um relacionado à rede de apoio.

Assim, maior evidência foi dada aos problemas que dizem respeito ao próprio paciente, sendo predominantes os seguintes aspectos: falta de conhecimento e de aceitação da doença; dificuldades no autocuidado e autocontrole associado à mudança de hábitos e estilo de vida (especialmente na alimentação e medicação); e a interferência das questões econômicas, intelectuais e emocionais limitando o autocuidado.

Ao contrastar esses resultados com os obtidos por Cyrino (2009), que investigou os obstáculos ao autocuidado na visão de especialistas (diabetólogos), é possível notar que os especialistas identificaram onze obstáculos e os mesmos estão focados no próprio paciente, sendo ainda limitados diante dos problemas de quem vive com DM.

Os resultados mostraram que, dos obstáculos identificados, dois tiveram destaque e estão associados aos próprios pacientes: “a exigência de empenho e disciplina” e “a falta de conhecimento do paciente sobre a doença e seu cuidado” (CYRINO, 2009, p. 103).

Nesse sentido, é possível afirmar que o trabalho dos profissionais especialistas em diabetes está baseado na “norma médica e nas dificuldades de seus pacientes para cumpri-las” (CYRINO, 2009, p. 103).

O autor ainda reforça que os especialistas atribuem grande valor ao “conhecimento” e avaliam esse como definidor do autocuidado desempenhado, ou seja, possuir conhecimento sobre o diabetes significa a garantia de autocuidado e autocontrole no cotidiano dos portadores de DM (CYRINO, 2009).

Dentre os obstáculos identificados a partir do trabalho dos ACS na educação para o autocuidado no DM2, destacam-se aqueles ligados ao próprio paciente, em sua maioria dizem respeito às práticas dietéticas. Fato esse que se assemelha a outros estudos onde os autores afirmam que a educação em saúde junto a portadores de DM2 visa ao autogerenciamento da doença, tendo como objetivo fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para o desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no controle das crises glicêmicas e nos cuidados referentes, especialmente, às áreas de nutrição e atividade física (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Estudo realizado em Serrinha (BA) mostra o sentimento coletivo dos diabéticos sobre a dificuldade em mudar hábitos alimentares e manter uma dieta restritiva e, ainda, a dificuldade por ter que abandonar certos prazeres da alimentação em prol do controle das taxas glicêmicas e das complicações da doença (SILVA, 2008).

Nesse mesmo estudo, a autora destaca que:

As mudanças impostas pela dieta ao hábito alimentar dos pacientes e o abandono de determinadas atividades prazerosas, realizadas por eles como, por exemplo, os trabalhos no roçado, desencadeiam na vida da maioria dos sertanejos diabéticos muita tristeza, pesar, insatisfação, saudade, melancolia (SILVA, 2008, p. 329).

Para Adam e Herzlich (2001 apud CANESQUI, 2005, p. 36)

[...] os elementos da estrutura social, bem como os sistemas de valores e as referências culturais, também têm função. Cuidar da saúde e da alimentação, por exemplo, depende em grande parte de vários tipos de recursos e limitações, relacionados ao trabalho, à renda ou à vida familiar. Parar de beber ou fumar podem ser decisões individuais, baseadas em algum tipo de informação ou norma, mas é preciso, para se aquilatar à dificuldade envolvida, compreender suas implicações relacionais estabelecidas pela cultura do grupo a que pertence o indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, procurou-se compreender o trabalho do ACS na educação para o autocuidado em DM2. Mas, antes de entender o processo de trabalho com foco no diabetes, optou-se por apreender o processo de trabalho do ACS de forma geral.

Consequentemente identificou-se que as VD representam a maior parte do trabalho dos ACS. Além das visitas, os ACS desenvolvem atividades internas na UBS como o acolhimento na recepção, digitação de dados no E-SUS, participação em reuniões, entre outras ações conforme necessidade e direcionamento da coordenação da UBS. Ainda participam das atividades em grupos propostas pelos profissionais do NASF.

Quando questionados sobre o significado de ser ACS, os relatos trouxeram as seguintes alusões: repassar informações e orientações; criar e manter vínculo com o paciente e a ligação dele com o serviço de saúde; desenvolver ações de prevenção e de vigilância em saúde; e desenvolver um trabalho com foco nos aspectos sociais e psicológicos dos pacientes/usuários.

Sobre os saberes para atuar como ACS, foram mencionados os cursos de capacitação que todos estavam fazendo ou já haviam concluído e referiram-se ao grande aprendizado provindo do contato com ACS mais experientes e com os demais membros da equipe de saúde, especialmente nos aspectos técnico-biomédicos.

O trabalho do ACS no âmbito da ESF é, muitas vezes, considerado invisível, o que contribui para o aumento das dificuldades. Nesse contexto, os relatos dos agentes estão associados ao enfrentamento das condições climáticas e das longas distâncias percorridas diariamente, à dificuldade em criar e manter vínculo com a comunidade, à desvalorização do seu trabalho pela equipe e pelos pacientes/usuários, às queixas que a população faz aos ACS dos serviços de saúde relacionados, especialmente ao mau atendimento dos profissionais na UBS, além das cobranças pelo alcance de metas mensais no trabalho.

No que tange ao trabalho do ACS na educação para o autocuidado no DM2, a partir da análise dos dados produzidos, foi possível reconhecer que percebem, direta ou indiretamente, diversos obstáculos enfrentados pelos usuários em seu autocuidado. Deste conjunto de 13 obstáculos identificados, um deles associado à própria doença; onze ao próprio paciente e um à rede de apoio. Assim houve a predominância dos obstáculos para o autocuidado nos aspectos relacionados à falta de conhecimento e de aceitação da doença; dificuldades no

autocuidado e autocontrole associado à mudança de hábitos e estilo de vida; e a interferência das questões econômicas, intelectuais e emocionais no autocuidado.

Com relação ao processo de trabalho do ACS na educação para o autocuidado no DM2, pode-se afirmar que os ACS têm como trabalho nuclear a realização de VD orientadas para ações de educação em saúde, vigilância em saúde e de comunicação entre a UBS e o usuário.

Observou-se que a abordagem se orienta no conhecimento sobre a situação de saúde-doença do paciente numa perspectiva biomédica, envolvendo a alimentação, a medicação e as consultas e exames de rotina. Todavia, uma parte dos ACS preocupa-se com aspectos emocionais e socioeconômicos de seus pacientes.

Na realidade investigada, o processo de trabalho do ACS está baseado nas normativas do MS e da SMS do município, sendo organizado de acordo com orientações da enfermeira coordenadora da UBS, das demandas dos demais profissionais da equipe de saúde e dos pacientes/usuários. Mas, além das ações preconizadas aos ACS nestes manuais, foi possível identificar outras atividades que eles veem como atribuições em seu cotidiano, quais sejam: visitas domiciliares regulares; orientações para assegurar que mantenham os cuidados médicos periódicos; atenção às condições sociais e econômicas; e articulação entre a equipe de saúde e os usuários do serviço.

Cabe reconhecer ainda que os ACS se sentem coadjuvantes nesse processo, ainda que suas ações educativas sejam mais prescritivas e, muitas vezes, orientada para um controle do comportamento “não saudável”, ou seja, ações baseadas na norma médica e não na complexidade do viver com diabetes. Dessa forma, caracterizamos dois perfis de atuação dos agentes junto aos pacientes diabéticos e os classificamos em: ACS que cuidam do “diabetes” de forma mais prescritiva; ACS que cuidam do “diabetes” e de outras questões da vida.

O trabalho do ACS no apoio ao autocuidado é uma prática relevante e deve ser mais valorizada pela equipe e pelos próprios agentes. É preciso reconhecer a potência do trabalho do ACS, especialmente pela característica que o mesmo possui: a proximidade com a comunidade. Assim essa prática pode ser aprimorada, mediante uma abordagem mais voltada a reconhecer, partilhar e apoiar os usuários em seus obstáculos ao autocuidado.

Dessa forma, sugere-se que os ACS e toda a equipe estejam em constantes processos de capacitação para que possam desempenhar uma educação para o autocuidado baseada no processo saúde-doença, aliando, além do foco biomédico, outros saberes que os habilitem no processo de interação com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades não só

clínicas, mas também aquelas psicossociais, e que assim sejam capazes de promover uma assistência em saúde efetiva.

Este estudo abre a possibilidade de desdobramentos futuros no desenvolvimento de uma tecnologia de apoio ao trabalho dos ACS de forma colaborativa entre os pesquisadores e profissionais. Tecnologia que apoie o reconhecimento dos obstáculos ao autocuidado e ao mesmo tempo possa ser compartilhado com a família do usuário e com a equipe da ESF.

REFERÊNCIAS

- ABDEL-AZIZ, S. B.; MOWAFY, M. A.; GALAL, Y. S. Assessing the Impact of a Community-Based Health and Nutrition Education on the Management of Diarrhea in an Urban District, Cairo, Egypt. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v. 8, n. 2, p. 46-55, Feb. 2015. Disponível em: <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/46619/26789>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- ADAM, M. B. et al. Improving maternal and newborn health: effectiveness of a community health worker program in rural Kenya. **PLoSOne**, San Francisco, v. 9, n. 8, p.1-8, Aug. 2014.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 15-26.
- ALVARADO, B. E. et al. Evaluation of an educational strategy on malaria in rural areas of the Colombian Pacific Coast. **Biomedica**, Bogotá, v. 26, n. 3, p. 342-352, 2006.
- AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. **AADE7 Self-Care Behaviors™**. Disponível em: <<https://www.diabeteseducator.org/patient-resources/aade7-self-care-behaviors>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- ANDERSON, J. M. Empowering patients: issues and strategies. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 43, n. 5, p. 697-705, Sept. 1996.
- ARAÚJO, I. S. Comunicação e saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (Org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 101-124.
- ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>>. Acesso em: 23 jul. 2016.
- ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: perspectivas e controvérsias. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-168, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2067/2360>>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- BAQUEDANO, I. R. et al. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1017-1023, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/23.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, jan./mar. 2011.

BARROS, T. V. “Quem te colocou de castigo aí?": etnografia numa sala de hemodiálise. **Vivência: Revista de Antropologia**, Natal, v. 1, n. 41, p. 125-136, jan./jun. 2013.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 919-932, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BECHTLUFFT, L. S.; ACIOLI, S. Produção científica dos enfermeiros sobre educação em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 478-486, out./dez. 2009.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 180-183, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/130/111>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BEZERRA, N. A. “**Bombinha, relógio, ou pêra**”: o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF. 2011. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

BORGES, S. N. Resenha de: MIRANDA, C. M. L. O risco e o bordado, um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Editora Escola de Enfermagem Anna Nery, 1996. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 227-231, 1999.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2010.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do agente comunitário de saúde e da outras providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jul. 2002a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=11/07/2002>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo nacional de cursos técnicos**. 3. ed. Brasília: MEC, 2016a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 26 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Guia Pronatec de cursos FIC**. 4. ed. Brasília: MEC, 2016b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41261-

guia-pronatec-de-cursos-fic-2016-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 26 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/03/2006&jornal=1&pagina=71&totalArquivos=168>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Brasília/DF, 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/1997&jornal=1&pagina=11&totalArquivos=299>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo os seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/01/2008&jornal=1&pagina=47&totalArquivos=108>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1999. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=11/07/2002>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/12/2012&jornal=1&pagina=223&totalArquivos=320>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. 4. ed. Brasília: MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Brasília: MS, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: MS, 2009c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS, 2012c. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 1-80, maio 2002b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

CAMELO, S. H. H. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANESQUI, A. M. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 23-47.

CHAZAN, L. K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 15-32, 2005.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, set./out. 2009.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: EDUNESP, 2009.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. R. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 93-106, jul./set. 2009.

DANTAS, M. B. P.; SILVA, M. R. F.; FELICIANO, K. V. O. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 432-444, out./dez. 2010.

DAVID, G. F.; TORRES, H. C.; REIS, I. A. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes mellitus na atenção primária. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 758-766, out./dez. 2012.

DAVID, H. M. S. L. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: MIALHE, F. L. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 51-82.

DUARTE, L. R. Ensino em serviço para o desenvolvimento de práticas educativas no SUS pelos agentes comunitários de saúde, In: MIALHE, F. L. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 121-150.

DUTRA, J. E. O.; MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2001.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2, 2007.

ESPINHO, R. P. M. **Participação do agente comunitário de saúde na atenção ao diabetes mellitus na estratégia de saúde da família**. 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

FERNANDES, W. R. Gestão do trabalho em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 115-123, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1462/1316>>. Acesso em: 1 set. 2016.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA NETA, M. et al. Impacto da prática regular de exercício físico na qualidade de vida de diabéticos tipo 2. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 4, p.631-637, dez. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.

FONSECA, G. G. P. et al. Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. **Saúde**, Santa Maria, v. 39, n. 2, p. 9-22, jul./dez. 2013.

FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 36-42, 2010.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-99.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANZOI, N. L. **Entre a formação e o trabalho**: trajetórias e identidades profissionais. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

FRANZOI, N. L. Profissão. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 328-333. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfctec.html>>. Acesso em: 11 out. 2016.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1992.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 399-404. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfctec.html>>. Acesso em: 11 out. 2016.

GALAVOTE, H. S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, jul./set. 2013.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. **El antropólogo como autor**. Barcelona: Ediciones Paidós, 1989.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2009.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S27, 2008.

GOMES, K. O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, out./dez. 2010.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, out./dez. 2013.

IMBRIZI, J. M. et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 153-169, jan./jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Paraná: Londrina. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411370>>. Acesso em: 2 fev. 2016a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados@**: Paraná. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=pr>>. Acesso em: 14 out. 2016b.

JORGE, J. C. et al. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 28-41, jan./jun. 2015.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176-183, maio/ago. 2007.

LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, abr./jun. 2015.

LEONARDO, M. Antropologia da alimentação. **Revista Antropos**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 1-6, dez. 2009. Disponível em: <<http://migre.me/wuR33>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_02.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2014.

LIMA, C. M. G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a03.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Protocolo clínico de saúde do adulto**: hipertensão arterial, diabetes mellittus e dislipidemias. Londrina: A Autarquia, 2006.

LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. **Concurso público para provimento do cargo de agente de saúde pública na função de agente comunitário de saúde**: edital nº 097/2014 – DGTES/AMS. Londrina, 2014. Disponível em: <http://www.cops.uel.br/concursos/175_ams_londrina/edital_097_2014.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016.

LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. **História da cidade**. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=5>. Acesso em: 22 jun. 2016.

LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. **Cidade de Londrina**: bairros e regiões. Londrina: O Instituto, 2013. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/ippul/mapas_tematicos/bairros_regioes_a4.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

- LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2010-2013**. Londrina: A Secretaria, 2009. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2010_2013.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- LONDRINA (PR). Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão da saúde 2012**. Londrina: A Secretaria, 2012.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2001.
- LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – SP**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MACIEL, M. E. D. et al. Educação em saúde na percepção de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 340-345, abr./jun. 2009.
- MAIAS NETO, R. C. **Vivendo com o diabetes mellitus: a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública de saúde no Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, v. 15, n. 11, p.1509-1516, 1992.
- MANO, M. A. M. Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 459-467, out./dez. 2009.
- MANTOVANI, M. F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES, J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 6, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/757/171>>. Acesso em: 3 ago. 2016.
- MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MATURANA, V. Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem. **Revista IGT**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 12, p. 217-19, 2010. Disponível em: <www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php?id=1573&article=292&mode=pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 1, p. 119-136, jan./mar. 2006.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história**: raíces sociales del trabajo médico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1984.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, set. 2004.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 11 out. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MORAES, S. A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, maio 2010.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

NEVES, E. Viver com (e apesar de) a doença: apontamentos sobre a experiência do adoecimento crônico entre diabéticos da Associação de Diabéticos de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 42, p. 111-131, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/viewFile/22790/14158>>. Acesso em: 4 jul. 2017.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. **Textos para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 735, p. 2-28, jun. 2000. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4208>.

Acesso em: 5 jul. 2016.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, ago. 2011.

OLIVEIRA, A. A. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. **Revista FACEVV**, Vila Velha, n. 4, p. 22-27, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28-36, jan./mar. 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9511/6580>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. São Paulo: EDUNESP, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007. 449 p. (Publicação Científica e Técnica, 622).

PAIS, S. C.; GUEDES M.; MENEZES I. Os contextos e as práticas da educação para a saúde em torno da doença crônica uma perspectiva reflexiva e crítica com base na experiência de vida com diabetes mellitus. **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto, n. 38, p. 31-51, 2013.

PARANÁ. Secretaria da Educação. **Núcleos regionais de educação: núcleo regional de educação de Londrina**. Disponível em: <<http://www.nre.seed.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=57>>. Acesso em: 7 jan. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Regionais de Saúde**. Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 14 out 2016.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, abr. 2001.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e a execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 321-328. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfitec.html>>. Acesso em: 11 out. 2016.

PEIRANO, M. G. S. **Uma antropologia no plural: três experiências contemporâneas.** Brasília: Ed. UnB. 1992.

PERES, C. R. F. B. et al. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 559-565, out./dez. 2010.

PÉRES, D. S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, nov./dez. 2007.

PIMENTA, A. L. **Identidade profissional da enfermagem: uma construção à luz da sociologia das profissões.** 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2014.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1825-1832, jul. 2012.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 13, n. 2, p. 157-163, maio/ago. 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: saberes e práticas. In: PINTO, C. R. J.; GUZZELLI, C. A. B. (Org.). **Ciências humanas: pesquisa e método.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2008. p. 9-24.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, jun. 2010.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 2011.

SAMPAIO, F. A. A. et al. O. Avaliação do comportamento da promoção da saúde em portadores de diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2008.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez 2009.

SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 255-263, abr./jun. 2011.

SANTOS, L.; TORRES, H. C. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 547-80, jul./set. 2012.

SCHERWIN, R. Diabete melito. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. (Org.) **Cecil: tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 2. p. 1658-1692.

SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, 2001. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs-brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 05 fev 2014.

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 225-240, jan./jun. 2010.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, M. H. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 11 out. 2016.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: _____. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez; 2007.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis**: agente institucional ou agente de comunidade? 2001. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

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

SILVA, N. C. Acepção da dieta pelos diabéticos de Serrinha (sertão da Bahia). In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Org.) **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 313-335. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/9q/pdf/freitas-9788523209148.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2017.

SILVA, R. O. L. A. **Visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família**: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, R. R. **O projeto UNI e os movimentos populares de saúde na região Sul de Londrina**. 1999. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, set./out. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SOUSA, A. T. O. et al. O cuidar humanizado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 6, n.2, p. 139-147, jul./dez. 2010.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2009.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 167-174, mar./abr. 2007.

TOLENTINO, D. S.; ANDRADE, M. O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações para a (o) enfermeira (o) de promoção da saúde no programa de saúde da família. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, v. 4, n. 1, p. 4-7, jan./jun. 2008.

TORQUATO, M. T. C. G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n.6, p. 224-230, 2003.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 431-439, abr. 2009.

TORRES, H. C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 751-756, nov./dez. 2010.

TORRES, H. C. et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 514-519, nov./dez. 2011.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n. 5, p.1077-1082, nov./dez. 2011.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-93, jan./fev. 2011.

TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P. M. C. S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 23-28, jan./fev. 2014.

TRAD, A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, abr./jun. 1998.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 1-8, fev. 2007.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2005.

VEGA, C. C. La perspectiva de género em Enfermería comentarios y reflexiones. **Index de Enfermería**, Granada, v. 46, n. 13, p. 40-44, oct. 2004.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 123-132.

WADLER, B. M. et al. Improving breast cancer control via the use of community health workers in South Africa: a critical review. **Journal of Oncology**, Cairo, p. 1-8, 2011.

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família**: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes programme**. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/en/>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes: the cost of diabetes. **WHO Fact Sheet**, Geneva, n. 236, Sep. 2002.

ZACCARELLI, L. M.; GODOY, A. S. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 550-563, set. 2010.

ZANCHETTA, M. S. et al. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde: estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 4, n.3, set./dez. 2005.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NOS ATENDIMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE E NAS VISITAS DOMICILIARES POR ACS

NA UNIDADE DE SAÚDE:

- Como ocorreu o atendimento? Onde? De que forma? Estava agendado?
- O profissional conversou um pouco antes de iniciar seu trabalho?
- O profissional conhece ou procurou saber sobre a dinâmica da família?
- Qual era a queixa/necessidade do paciente portador de DM2?
- O profissional buscou informações sobre o DM2 envolvendo: a glicemia, o controle glicêmico, os medicamentos, hábitos alimentares, exercícios físicos, cuidados com os pés?
- O profissional buscou informações sobre a vida como: alguma dificuldade, relações familiares, nervosismo, ansiedades, entre outras?
- O profissional deixou o paciente falar, expressar-se ou ficou interrompendo?
- O profissional deu abertura para o usuário conversar sobre assuntos que queria ou apenas cumpriu sua rotina?
- Qual foi a conduta do profissional?
- O profissional fez anotações, entregou algum papel/orientação ao paciente?
- Os atendimentos são todos iguais ou há diferença? Tem um roteiro? Segue uma sequência?
- Ao final do atendimento, o que o profissional faz com as anotações?
- Qual foi o encaminhamento do atendimento?
- Na unidade acontecem reuniões de discussão de casos de pacientes com DM2 entre os profissionais?

NAS VISITAS DOMICILIARES:

- Como o profissional se apresentou ao cliente?
- O profissional entrou na residência ou ficou do lado de fora?
- O profissional conversou um pouco antes de iniciar seu trabalho?
- O profissional conhece ou procurou saber sobre a dinâmica da família?
- O profissional buscou informações sobre o DM2 envolvendo: a glicemia, o controle glicêmico, os medicamentos, hábitos alimentares, exercícios físicos, cuidados com os pés?
- O profissional buscou informações sobre a vida como: alguma dificuldade, relações familiares, nervosismo, ansiedades, entre outras?
- O profissional deixou o paciente falar, expressar-se ou ficou interrompendo?
- O profissional deu abertura para o usuário conversar sobre assuntos que queria ou apenas cumpriu sua rotina?
- O profissional fez anotações, entregou algum papel/orientação ao paciente?
- As visitas são todas iguais ou há diferença? Tem um roteiro? Segue uma sequência?
- Ao final da visita, o que o profissional faz com as anotações? É realizada alguma discussão dos dados da visita após a realização da mesma?

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ACS

1. Identificação:

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____
Curso formação: _____

2. Experiência profissional (e pessoal):

Tempo de atuação na ESF: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
Trabalho anterior: _____
Você já trabalhou no cuidado de alguém idoso ou doente? E diabético?
Cuidou de alguém doente na família? Cuidou de alguém da família com diabetes?

3. Capacitação:

Qual treinamento você recebeu para trabalhar como ACS?
Quanto tempo foi o treinamento?
Você recebeu alguma capacitação específica para lidar com diabéticos?
Como foi esta capacitação?
Quanto tempo foi a capacitação?
Nos últimos dois anos, recebeu algum treinamento?
O diabetes foi abordado, e em que aspectos?
Com a experiência que você tem hoje, o que acha que seria importante ser incluído para o treinamento de um novo ACS quanto ao apoio ao diabético?
Você se sente estimulado a aprender mais para melhorar seu trabalho?

4. Trabalho diário:

I) Rotina diária:

- Fale-me de sua rotina diária de trabalho?
- Conte como funciona cada uma das atividades, o que faz nestas atividades rotineiramente:
- Que outros profissionais participam delas?
- Em sua opinião, que importância tem tido este trabalho?
- Que importância tem para os pacientes em geral e também para os diabéticos?

Visita domiciliar:

- As visitas são todas iguais ou há diferença?
- Como é rotina da visita aos diabéticos?
- Que registros você faz da visita aos diabéticos?
- Que uso é feito destes registros por outros profissionais?
- Onde é arquivado o registro destas visitas?

Outras atividades:

- Tem mais alguma atividade que você desenvolve, na qual você trabalha com diabéticos?

(Esclarecer como funciona cada uma das atividades, o que faz nestas atividades rotineiramente, que outros profissionais participam, em sua opinião que importância tem tido este trabalho? Você acha que esta atividade tem ajudado os pacientes no seu cuidado?)

- Na unidade você participa de reuniões de discussão de casos de pacientes?
- Com que frequência isso acontece?
- Em que medida você contribui na discussão destes casos?
- Você poderia me contar de alguma discussão que envolveu um paciente seu? Idem, com diabetes?
- Você poderia me contar uma situação na qual as informações colhidas por você foram importantes para que a equipe pudesse melhor lidar com o paciente? Idem, de diabetes?

Abordagem do diabetes:

- Quais as maiores dificuldades que você enfrenta para lidar com pacientes com DM2?
- Que apoio você tem para lidar com isto (dificuldades para lidar com o paciente)?
- Você acha que falta algum treinamento para te ajudar neste trabalho?
- O que você acha que é preciso mudar? Por quê?
- O que é mais difícil para os pacientes com DM2?
- Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades que os diabéticos enfrentam em seu autocuidado?
- Em sua opinião, o que é um diabético típico (perfil mais frequente)?
- Você conhece/utiliza alguma ferramenta para atuar/ junto aos diabéticos?

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a). está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 na estratégia saúde da família: trabalho, percepção e vivência de agentes comunitários de saúde e enfermeiros”, referente à tese de doutorado de Simone Roecker do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, orientada pelo Prof. Antônio de Pádua Pithon Cyrino da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- Faculdade de Medicina de Botucatu. Esta pesquisa tem como objetivo reconhecer as características do trabalho do agente comunitário de saúde e do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família na educação para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2. E, ainda, propor a construção de instrumento de apoio ao trabalho de educação em saúde destes profissionais junto aos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, visando melhorar o atendimento em saúde tanto no domicílio quanto nas Unidades de Saúde da Família.

O Sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por integrar equipes de Saúde da Família do município de Londrina, e que desenvolvem ações de educação em saúde para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2.

A pesquisa consta de algumas perguntas e participação em oficinas de trabalho sobre: vida pessoal e profissional, e atividades cotidianas em seu trabalho. As questões serão aplicadas por mim, pesquisador principal, agendadas previamente por contato telefônico ou pessoalmente, sendo executadas pessoalmente no local de trabalho de cada profissional. A duração da entrevista será em média de quarenta minutos, podendo variar conforme pontos abordados dentro da temática investigada. A entrevista será gravada a fim de garantir o registro fiel das informações e posteriormente transcrita. Informamos ainda que os dados serão utilizados somente para os fins desta pesquisa e após a transcrição as gravações serão destruídas.

O conhecimento dessas características permite identificar as características do trabalho do agente comunitário de saúde e enfermeiro nas ações de educação em saúde que promovem o autocuidado junto a pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, a fim de aprimorar os atendimentos a esses pacientes, qualificando assim a assistência à saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

A sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome e informações, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome/Identificação: _____

Assinatura: _____

Pesquisador(a): Simone Roecker. Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Orientador: Antônio de Pádua Pithon Cyrino, Rua Rev. Francisco Lotufo, 695, Botucatu/SP. Fone: (14) 99134-8321. E-mail: acyrino@fmb.unesp.br

Pesquisador(a): Simone Roecker. Av. Voluntários da Pátria, 546, Londrina/PR. Fone: (43) 98437939. E-mail: simone.roecker@ifpr.edu.br

ANEXO I

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

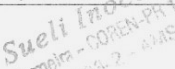
A U T O R I Z A Ç Ã O D E P E S Q U I S A**C.D.21/2014/CEEPC/GPQS/AMS/PML.**

Informamos para fins de realização da pesquisa:

"A Educação Para o Autocuidado no Diabetes Mellitus Tipo 2 na Estratégia Saúde da Família: Trabalho, Percepção e Vivência de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna do curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista "Julio Mesquita Filho" - Faculdade de Medicina de Botucatu, Simone Roecker, sob orientação da Prof^o Dr^o Antonio de Pádua Pithon Cyrino, Docente da mesma Universidade, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Resolução CNS N^o. 666.503. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, n^o 722.214, datado em 18 de julho de 2014.

Londrina, 06 de agosto de 2014.


Rosária M. M. Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPQS/DGTES/AMS/PML


Sueli Inácio
Enfermeira - COREN-PR 14420
Mat. 11363-2 - AMS/PML

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO NO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRABALHO, PERCEPÇÃO E VIVÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E ENFERMEIROS.

Pesquisador: SIMONE ROECKER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32479314.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 722.214

Data da Relatoria: 18/07/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto com pendências na reunião do CEP de 07/07/14. Retorna para análise

Objetivo da Pesquisa:

- Reconhecer as características do trabalho do ACS e do enfermeiro na educação para o autocuidado de portadores de DM2 e sua percepção a respeito deste trabalho;
- Apreender as percepções e vivências do ACS e do enfermeiro quanto a prática de autocuidado do portador de DM2;
- Construir instrumento de apoio ao trabalho do ACS e do enfermeiro na educação para o autocuidado no DM2 na ESF, mediante o trabalho colaborativo entre pesquisadores e profissionais;
- Aplicar e avaliar o uso de instrumento de apoio ao trabalho do ACS e do enfermeiro na educação para o autocuidado no DM2

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos.

Benefícios: Gerar informações que possam contribuir para a melhoria do trabalho dos profissionais estudados (ACS e enfermeiro) e consequentemente a assistência/atenção a saúde dos portadores de DM2 na ESF.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 722.214

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo, etnográfico, de caráter descritivo-exploratório e de intervenção que será desenvolvido no município de Londrina-PR com ACS e enfermeiros que atuam na ESF. O estudo será desenvolvido em 4 etapas envolvendo 20 sujeitos:

- Etapa 1: Caracterização dos sujeitos e do trabalho, mediante observação participante e diários de campo.
- Etapa 2: Estudo das percepções do ACS e enfermeiro quanto à vivência do portador de DM2 e seu autocuidado, mediante entrevista semi-estruturada com uso de roteiro, com duração prevista de 40 minutos, gravada e transcrita.
- Etapa 3: Construção de instrumento de apoio ao trabalho do ACS e enfermeiro na educação para o autocuidado no DM2 na ESF mediante trabalho colaborativo entre pesquisadores e profissionais convidados.
- Etapa 4: Aplicação e avaliação de instrumento de apoio ao trabalho do ACS e enfermeiro na educação para o autocuidado no DM2 na ESF.

Financiamento próprio estimado em 6.340,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendências registradas no parecer consubstanciado:

TCLE: reescrever com linguagem menos formal, especialmente nos objetivos e informar que a gravação será destruída após transcrição. Pendência atendida. O TCLE foi reescrito conforme sugestões.

Recomendações:

Considero o projeto aprovado sem necessidade de envio a CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, em reunião extraordinária do CEP de 18/07/2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 722.214

BOTUCATU, 18 de Julho de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO III



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JÚLIO DE MESQUITA FILHO
Campus de Botucatu

MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*

Objetivo Acadêmico: Tese de Doutorado

Título constante no parecer inicial de aprovação:

A EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO NO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRABALHO, PERCEPÇÃO E VIVÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E ENFERMEIROS

Título final:

A EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO NO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRABALHO, PERCEPÇÃO E VIVÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 18/07/2014

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


Nome/assinatura original do Orientador(a)


Nome/assinatura original do Orientado(a)

CEP - 001/2010/05 - 02/04/2014 - 001/2010/05 - 02/04/2014