

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JANDESSON MENDES COQUEIRO

**“VIVER É ETCÉTERA”:
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS**

**VITÓRIA-ES
2016**

JANDESSON MENDES COQUEIRO

**“VIVER É ETCÉTERA”:
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

VITÓRIA-ES
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C786v Coqueiro, Jandesson Mendes, 1990 -
"Viver é etcétera": itinerários terapêuticos de sujeitos
com diabetes mellitus / Jandesson Mendes Coqueiro –
2016.
170 f. : il.

Orientador: Túlio Alberto Martins de Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
da Saúde.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Diabetes Mellitus. 3.
Narrativas Pessoais. I. Figueiredo, Túlio Alberto Martins de.
II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

Jandesson Mendes Coqueiro

Viver é etcétera: itinerários terapêuticos de sujeitos com diabetes mellitus

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA



Profº. Drº. Tullio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientador



Profª. Drª. Roseane Vargas Rohr
Universidade Federal do Espírito Santo -
Departamento de Enfermagem - CCS
Membro externo



Profº. Drº. Adauto Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

DEDICATÓRIA

A todos os sujeitos com doenças
e sofrimentos de longa duração.

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido para a elaboração desta dissertação foi longo, prazeroso e cheio de boas surpresas. Assim, mais do que um estudo finalizado, o mestrado consistiu em um processo de mudanças, dedicação e amadurecimento. Muitas pessoas se fizeram importantes nesse processo. Darei destaque a algumas delas, mas na certeza da minha gratidão a todos aqueles que colaboram na minha vida.

Dessa forma, começo agradecendo a **Deus**, por estar do meu lado, abençoando os meus planos, guiando os meus passos e oferecendo-me sabedoria e proteção.

Aos meus pais, **Gildásio Coqueiro** e **Nair Coqueiro**, pelo estímulo constante na busca dos meus objetivos, por nunca medirem esforços para me apoiar nos momentos em que mais precisei, e por orgulhosamente demonstrarem felicidade com essa conquista. Gratidão eterna e inefável amor!

Ao meu irmão, **Janclei Coqueiro**, pela torcida e apoio.

À minha mãe-avó, **Antônia Maria**, pelos melhores abraços a cada visita e o acalanto a cada regressar.

A **Lucas Scaramussa**, **Linccon Fricks** e **Lucas Mendonça** – amigos que conquistei em Vitória-ES –, pelo apoio, companheirismo e por me proporcionarem tantos momentos de alegria.

A **Rayane Brito**, **Marielle Matos**, **Raquel Carvalho** e **Keila Fernandes**, pessoas “distantes”, mas que nunca me deixaram sentir sozinho. As palavras de estímulo e as boas energias transmitidas sempre me fizeram mais forte.

Aos companheiros da turma de mestrado 2014, por humildemente compartilhar tantos ensinamentos e tantos momentos de descontração, fazendo com que a caminhada se tornasse mais leve. Agradeço carinhosamente a **Jeremias Campos**, **Érika Sampaio**, **Fabiana Turino**, **Rayane Souza** e **Thiago Fachetti**, pelo carinho, contribuições e pela presença não somente nessa jornada, mas na minha vida. Admiro vocês!

Aos companheiros do Grupo Rizoma, por potencializarem a minha formação, pela escuta e colaboração na elaboração desta dissertação. Agradecimento especial a **Juliana Simões** e **Thiago Souza**, pela acolhida e pelos bons encontros.

Ao Prof. Dr. **Adauto Emmerich Oliveira** e Prof^a. Dr^a. **Roseane Vargas Rohr**, pelas valiosas contribuições.

A **Maycon Carvalho**, por me auxiliar nos aspectos burocráticos e trâmites necessários para anuência do projeto, junto à Secretaria de Saúde da Serra-ES.

A **Fabrizio Bragança**, pelas contribuições nas representações visuais dos itinerários terapêuticos.

A **Elisa, Joel e Renato** – profissionais da Unidade Básica de Saúde de Jardim Carapina –, pela confiança e disponibilidade para implementação deste estudo. Agradeço ainda mais a **Ivani, Rosa e Gil** – agentes comunitárias de saúde –, pelo empenho e carinho nos caminhos percorridos a cada encontro com os sujeitos pesquisados.

Aos sujeitos deste estudo – **Berilo e Cristal e Esmeralda e Jade e Ônix e Rubi** e depois **Safira** –, pela forma carinhosa como me acolheram e, surpreendentemente, abriam as portas de suas vidas para dar sentido a este estudo.

Finalmente, ao Prof. Dr. **Túlio Aberto Martins de Figueiredo** – meu orientador –, pela acolhida, pela confiança e pela liberdade ofertada a mim, na condução desta dissertação. Sou extremamente grato por tudo que fez e faz para contribuir na minha formação. Todos os encontros para construção deste trabalho, as caronas, as ligações, os momentos de risadas e conselhos nunca serão esquecidos. Obrigado por fazer essa caminhada tão suave e prazerosa. A minha admiração por você transpõe a academia. Minha eterna gratidão!

Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais. A gente levanta, a gente sobe, a gente volta! O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. Ser capaz de ficar alegre e mais alegre no meio da alegria, e ainda mais alegre no meio da tristeza...

Guimarães Rosa

BIOGRAFIA

Jandesson Mendes Coqueiro, filho de Gildásio dos Santos Coqueiro e Nair Mendes Coqueiro, nasceu em 18 de junho de 1990, na cidade de Brumado-BA. Em 2012, graduou-se em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Em 2014, especializou-se em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes. Em 2014, iniciou o mestrado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Em 2015, ingressou como professor substituto no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Defendeu sua dissertação de mestrado em 2016.

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, que tem por objetivo conhecer os itinerários terapêuticos dos sujeitos com diabetes mellitus, a partir da revelação do diagnóstico da doença. O cenário do estudo foi o Território de Jardim Carapina, no município da Serra-ES. Os sujeitos do estudo foram portadores de diabetes mellitus, usuários do Sistema Único de Saúde, sendo a amostra constituída por sete deles. Os instrumentos de produção de material foram narrativas, fotografias, observação e diário de campo. O trabalho de campo, no lapso de maio a julho de 2015, iniciou com o reconhecimento da dinâmica do processo de trabalho em ato das cinco equipes da Estratégia Saúde da Família local. A escolha dos sete sujeitos se deu a partir da indicação dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Após análise acurada dos prontuários de cada sujeito, procedeu-se a localização do logradouro a partir da microárea, conforme o cadastramento existente na unidade. A visita conjunta – pesquisador e agente comunitário de saúde – aconteceu conforme agenda previamente definida para as determinadas microáreas. Os encontros/narrativas, com duração média de quarenta e cinco minutos, foram individuais e realizados no horário e local sugeridos pelos sujeitos, sendo todos em suas residências, à exceção de um, que ocorreu em uma praça pública do território. Os encontros/narrativas foram transcritos, juntamente com os apontamentos do diário de campo e, a partir da leitura acurada do conjunto do material produzido, buscou-se dar sentido à construção de cada uma das sete narrativas que se fizeram acompanhar de suas representações visuais dos itinerários terapêuticos e seus respectivos roteiros. Os itinerários terapêuticos apontaram tratar-se de sujeitos eminentemente idosos, com pouca escolaridade e pertencentes, em sua maioria, à camada social menos favorecida. A partir de suas trajetórias de cuidado para a saúde, o estudo destacou os limites – fragmentação do cuidado, dentre outros – e possibilidades – apoio familiar e religiosidade, por exemplo – desses sujeitos, bem como a produção de sentido na experiência de adoecimento de longa duração.

ABSTRACT

A qualitative approach study whose goal consists in knowing therapeutic itineraries of mellitus diabetes blokes, based on disease diagnosis disclosure. The Jardim Carapina territory, in Serra City-ES, was the scenario to this study, that had as its blokes seven mellitus diabetes Health Unic System-SUS users. Narratives, photos, observation and field journal were the tools to product analysis material. The fieldwork happened from May to July 2015 and started by recognizing the work process dynamic of the five local Family Health Strategy team. The seven blokes were chosen by the nurses and health community agents indication. After an accurate analysis of any bloke records, their addresses were localized, based on registration lied in Health Center. The visit to the blokes was done by the researcher and the health agents, as a previously defined agenda to certain micro areas. The meetings/narratives, about forty-five minutes, were promoted individually, according to blokes suggestion about meeting schedule and place. Except a meeting that occurred in a public square from Jardim Carapina, all the others took place in the blokes home. The meetings/narratives were transcribed with the field journal notes based on a great produced analysis material read. This study intended to make sense to each of seven narratives, that were accompanied by their respective itinerary and therapeutic itinerary visual representation. The therapeutic itineraries showed the blokes are mostly little schooling, disadvantaged and elderly people. Based on their path to health care, this study highlighted the limits – fragmentation of care, and others –, and possibilities – family support and religiousness, for example –, of these blokes, addition to production of sense in long-term illness experience.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa 1. Município da Serra-ES	45
Figura 2. Mapa 2. Regionalização atual de saúde	46
Figura 3. Itinerário terapêutico de Berilo: representação visual.....	55
Figura 4. Itinerário terapêutico de Cristal: representação visual.....	62
Figura 5. Itinerário terapêutico de Esmeralda: representação visual.....	69
Figura 6. Itinerário terapêutico de Jade: representação visual	75
Figura 7. Itinerário terapêutico de Ônix: representação visual.....	83
Figura 8. Itinerário terapêutico de Rubi: representação visual	89
Figura 9. Itinerário terapêutico de Safira: representação visual	94

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Díptico de fotografías 1	16
Tríptico de fotografías 1	113
Díptico de fotografías 2	114

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMES	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CCS	Centro de Ciências Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CsOs	Corpos sem Órgãos
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
IT	Itinerário Terapêutico
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS
PNSPI	Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RD	Retinopatia diabética
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SABE	Saúde Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SISHIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TADF	Termo de Autorização para Divulgação de Fotografias
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSH	Hormônio Tireoestimulante
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Concepção das ilustrações dos itinerários terapêuticos por Jandesson Mendes Coqueiro e Túlio Alberto Martins de Figueiredo.

Arte final das ilustrações dos itinerários terapêuticos por Fabrício Bragança da Silva.

SUMÁRIO

“CADA UM TEM SUA HORA E SUA VEZ”	16
“COM SUAS LICENÇAS: AH, E ME PERDOE SE EU FIZER MUITOS RODEIOS”	19
OBJETIVO	22
NARRATIVAS: “EU CONTO, ELE CONTA E NÓS CONTAMOS”	22
(DES)CONSTRUINDO CAMINHOS, TRILHANDO POSSIBILIDADES: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	29
CAMINHADA METODOLÓGICA	35
POR ONDE CAMINHAR: O CENÁRIO DO ESTUDO	42
“O REAL NÃO ESTÁ NA SAÍDA NEM NA CHEGADA: ELE SE DISPÕE PARA A GENTE É NO MEIO DA TRAVESSIA” – NARRATIVAS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS SUJEITOS	49
“O ÚNICO DEVER É LUTAR FERROZMENTE”: FLUXOS CONTÍNUOS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	96
“VIVER? NÃO É? É MUITO PERIGOSO”	122
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICES	135
ANEXOS	163

“CADA UM TEM A SUA HORA E A SUA VEZ”

Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de capina com sol quente, que às vezes custa muito a passar, mas que sempre passa. E você ainda pode ter um muito pedaço bom de alegria [...] Cada um tem a sua hora e a sua vez: você há de ter a sua.

Guimarães Rosa

Sol quente, daqueles de rachar a terra. Calor escaldante “que custa a passar, mas que sempre passa” (ROSA, 1984, p. 356). Arvoredos retorcidos e cactos por todas as bandas. No aconchego de formações rochosas, diga-se de passagem as “mais antigas do continente sul-americano, com a idade de 3,5 bilhões de anos¹” (FAPESP, 1998, p. 6), situa-se Brumado, no sudoeste da Bahia. Nasci, cresci e fiz os meus primeiros estudos lá.



Díptico de fotografias 1. À esquerda, vegetação típica de Brumado-BA e à direita, pôr do sol na zona rural do município.

Fonte: Janclei Mendes Coqueiro (2015) e Felipe Moura Dias (2015), respectivamente.

Minha graduação em Enfermagem se deu no período de 2009 a 2012, na Universidade Estadual em Santa Cruz (UESC), na cidade de Ilhéus-BA. Minha

¹ Estudos que envolvem a narração da história geológica de um continente baseiam-se na determinação de idades de rochas e minerais, um ramo da geoquímica isotópica denominada geocronologia. A longevidade das rochas é muito variada. As formações rochosas mais antigas do continente sul-americano, com a idade de 3,5 bilhões de anos, estão no Estado da Bahia, nos municípios de Brumado e Vitória da Conquista (FAPESP, 1998, p. 6).

implicação acadêmica com os sujeitos com diabetes mellitus (DM), na compreensão de que os mesmos deveriam “viver tão normalmente quanto possível” (BARSAGLINI, 2011, p. 156), iniciou-se notadamente em encontros específicos, durante a graduação, dos quais participavam os sujeitos, estudantes e profissionais de saúde. Afinal, conforme já elucidado por Monceau (2008, p. 22), “a análise de implicação é necessariamente um trabalho coletivo. Eu não posso analisar minhas implicações sozinho em meu canto”.

Término da graduação. Inquietações. Inserção profissional imediata ou continuidade aos estudos? Retorno à Casa Mãe, num período que durou dez meses. O propósito era refletir, mas o acaso² – gerador de acontecimentos³ (BAREMBLITT, 2012) –, colocou-me professor de um curso técnico em enfermagem, despertando um devir docente. Tempo de uma formação *Lato Sensu* em Enfermagem do Trabalho.

Buscas por uma formação *Stricto Sensu* e um encontro midiático com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Entre idas e vindas, um pedaço bom de alegria – aprovação no mestrado. Hora de deixar Brumado para trás, em direção a Vitória-ES.

E a mãe:

Eh, que se vai? Jájá? É que não. Hoje, não. Amanhã, não. Não consinto. O senhor me desculpe [...] o senhor fica. Depois, quinta-de-manhã-cedo, o senhor querendo ir, então vai, mesmo me deixa sentindo sua falta. Mas, hoje ou amanhã não (ROSA, 1994, p. 28).

E começa o mestrado. Fevereiro de 2014. Um encontro com um orientador, até então, desconhecido. Expectativas... O que esperar? Um bom encontro já de início. Uma sucessão de bons encontros, muitos deles, ao acaso, e justamente nesses o resultado

² O acaso é considerado um modo de devir que se caracteriza por ser aleatório, imprevisível e incontrolável. Para o institucionalismo, o acaso gera transformação e novidade no sistema, deflagrando a diferença e o novo absoluto (Barembritt, 2012) .

³ O acontecimento é o ato, processo e resultado da atividade afirmativa do acaso. É o momento de aparição do novo absoluto, da diferença e da singularidade. Estes atos, processos e resultados, consequências de conexões insólitas [...] são substratos de transformações de pequeno e grande porte que revolucionam a História em todos os níveis e âmbitos (Barembritt, 2012, p. 134)

de ações afirmativas, geradores de aparição “do novo absoluto, da diferença e da singularidade” (BAREMBLITT, 2012, p. 134), os mais geradores de novos acontecimentos. Na esteira dos dois primeiros semestres, várias disciplinas.

No Grupo de Pesquisa “Rizoma: Saúde Coletiva e Instituições”, o compartilhar com os colegas ideias sobre o Institucionalismo, em suas correntes Socioanalítica e Esquizoanalítica. Desenvolvimento de saberes e produção de subjetividades. Multiplicidades. (Des)construção. Utopia ativa. Potencialização da minha formação e do processo de criação desta dissertação.

Velho (2005, p. 297) conta, a respeito de um encontro entre Bruno Latour e Michel Serres, que o primeiro criticou o outro, questionando-o não se reconhecer “como um integrante de um conjunto de discussões”, e mesmo sequer citar os colegas. Como resposta, Latour declarou que “A honestidade, pelo contrário, consiste em só escrever o que se pensa e que se acredita ter inventado” (SERRES, 1999, p. 110). Tempos depois, comenta Velho (2005), Latour, paradoxalmente, aderiu ao seu mestre Serres.

Frankie Dobbie, aqui citado por Day (1990, p. 1; tradução nossa), referiu que “uma tese doutoral (ou mesmo uma dissertação) não é geralmente mais que um traslado de ossos de uma tumba a outra”.

Esta dissertação, versando sobre os itinerários terapêuticos (ITs) de sujeitos com DM, a partir de suas narrativas, ao contrário da crítica de Serres, não se constituiu como um trabalho solitário, tampouco um traslado de ideias de artigos/livros para uma dissertação/tumba, visto tratar-se de uma produção de fluxos conectivos de sujeitos e pesquisador e pares do Grupo Rizoma e outros pesquisadores.

“COM SUAS LICENÇAS: AH, E ME PERDOE SE EU FIZER MUITOS RODEIOS”

Afinal, há é que ter paciência, dar tempo ao tempo, já devíamos ter aprendido, e de uma vez para sempre, que o destino tem de fazer muitos rodeios para chegar a qualquer parte.

Guimarães Rosa

Na contemporaneidade, o cuidado, na perspectiva da integralidade, vem ganhando destaque na esfera das práticas sociais em saúde. Preocupações éticas e operacionais têm mobilizado diferentes segmentos profissionais que lidam com o cuidado, problematizando velhas concepções da eficácia médica fundamentada exclusivamente em critérios tecnicistas, objetivos e imparciais (TAVARES; BONET, 2011).

A construção de ITs, em seus percursos teórico-metodológicos, tem possibilitado apreender discursos e práticas que expressam diversas lógicas, através das quais os princípios de resolutividade e integralidade na atenção em saúde podem ser questionados. Esses princípios evidenciam os ensinamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas de cuidado em saúde por usuários e suas famílias, e dos modos como os serviços de saúde podem dar-lhes respostas, mais ou menos resolutivas (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

Ao identificar que a saúde se encontra debilitada, acredita-se que o indivíduo busque compreender de diversas maneiras esse acontecimento e também procure opções para solucionar a situação. Essa trajetória, em busca de solução para seu problema de saúde, pode contemplar estratégias de cuidados oriundas do indivíduo, de sua família e de pessoas que convivem com ele (amigos, vizinhos e colegas de trabalho), saberes e práticas que não atendem às questões científicas e serviços de saúde, legitimados com profissionais, conformando assim os ITs (BURILLE, 2012).

Atualmente, os ITs têm se constituído um dispositivo de excelência em situações de adoecimento crônico, por permitir a análise das trajetórias de cuidado para saúde, desempenhadas pelos usuários, em diversas instituições e serviços dos estados e

municípios, nos diferentes níveis de atenção, possibilitando a compreensão de como se deu o processo de adoecimento, e a experiência interpretada pela pessoa adoecida e por sua família.

Nesse sentido, considerando que o perfil epidemiológico brasileiro – especificamente no tocante às doenças crônicas –, vem se modificando de forma considerável nas últimas décadas, o que significa o pensar/fazer/agir a multiplicidades de dispositivos na Atenção Primária à Saúde (APS), tais como os ITs.

Ao que percebe-se, “doenças crônicas” é um termo polissêmico, recebendo diversas denominações, tanto em publicações no campo da saúde quanto na socioantropologia. Entretanto, neste estudo as “doenças crônicas” serão designadas como “doenças de longa duração”, inspiradas nas ideias defendidas por Canesqui (2015, p. 28) de que

[...] Estas são diversas, incuráveis, mas controladas pela biomedicina. Elas são de longa permanência e duração. Acompanham as vidas dos adoecidos, obrigados a conviver com elas. Algumas provocam crises recorrentes, outras resultam em mortes, incapacidades reversíveis ou irreversíveis e sofrimentos físicos e morais intensos. Muitas delas, apesar de presentes, permitem conviver e conduzir normalmente as vidas. Todas geram incertezas das possíveis consequências, recorrências, crises e agravamentos. Despertam esperanças de cura ou minimização dos sofrimentos em torno das conquistas tecnológicas e tratamentos médicos ou dos advindos das demais práticas de cura, incluindo as religiosas. Todas compreendem as biografias, as circunstâncias de vida, as relações sociais, os modos de vida e as condições de saúde individuais e coletivas e relação do indivíduo com a sociedade.

Atualmente, dentre as doenças de longa duração, o DM tem se configurado como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, devido o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, e elevadas taxas de morbimortalidade, principalmente na idade adulta. Dados divulgados pela *Federación Internacional de Diabetes* (2013) indicam que, no mundo, 382 milhões de pessoas convivem com o diabetes. Na América Latina, segundo a Organização Panamericana de Saúde (2011), calcula-se que 62,8 milhões de pessoas são diabéticas, e as projeções são de que esse número atinja a cifra de 92,1 milhões de pessoas em 2030. No Brasil, são 9 milhões de pessoas com essa doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Os custos do DM – que afetam o indivíduo, sua família e a sociedade – não são apenas econômicos. São intangíveis, como a dor, a ansiedade, a inconveniência e a perda de

qualidade de vida, apresentando grande impacto na vida dos sujeitos com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar. Muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Desta forma, assim que diagnosticados, todos os sujeitos com DM, bem como seus familiares, devem ser acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de realizarem o gerenciamento da doença e prevenção das complicações advindas da enfermidade.

Quanto à produção de saberes, no cuidado aos sujeitos com DM na Estratégia Saúde da Família (ESF), Coqueiro et al. (2015) argumentam que as produções científicas sobre a temática apontam que a atenção a esses sujeitos é voltada para ações de educação em saúde, consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares e tratamento medicamentoso. Os artigos pesquisados pelos autores estabeleceram como desafios a inserção de tecnologias leves no cuidado e a integralidade na atenção aos diabéticos, com o fortalecimento da APS e articulação com outros serviços.

Desse modo, a atenção aos sujeitos com DM, seus familiares, e da própria equipe de saúde, baseadas em novas tecnologias, tais como os ITs, constituem ferramenta importante para compreender as necessidades em saúde dos indivíduos.

Embora, conforme referido, os ITs possam ser utilizados tanto na atenção ao sujeito e sua família quanto da equipe de saúde, esta dissertação deu privilégio – enquanto indivíduos da intervenção –, aos sujeitos com DM, o que não excluiu a eventual participação da família e da equipe de saúde, conforme os enunciados de cada uma das narrativas.

OBJETIVO

Conhecer os itinerários terapêuticos dos sujeitos com diabetes mellitus, a partir da revelação do diagnóstico da doença.

**NARRATIVAS:
“EU CONTO, ELE CONTA E NÓS CONTAMOS”**

Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto, que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando.

Guimarães Rosa

Narrar é uma manifestação que acompanha o homem desde sua origem, podendo ser feita oralmente ou por escrito. Refletir sobre o ato de narrar é quase tão antigo quanto o próprio narrar. Desde a filosofia clássica, Aristóteles já apontava a existência de diversos gêneros narrativos (ou dramáticos), como a tragédia, a epopeia e a comédia; e a relação entre o modo de narrar, a representação da realidade e os efeitos sobre os ouvintes e leitores, que vêm tendo continuidade até os dias atuais, com as novelas, crônicas, contos, entre outros (GANCHO, 1998; LEITE, 1994).

De um processo simples, o ato de narrar, ao longo dos tempos, foi se sofisticando de tal forma que, na atualidade, narrador e personagem se fundiram:

No decorrer da HISTÓRIA, porém, as HISTÓRIAS narradas pelos homens foram-se complicando, e o NARRADOR foi mesmo progressivamente se ocultando, ou atrás de outros narradores, ou atrás dos fatos narrados, que parecem cada vez mais, com o desenvolvimento do romance, narrarem-se a si próprios; ou, mais recentemente, atrás de uma voz que nos fala, velando e desvelando, ao mesmo tempo, narrador e personagem, numa fusão que, se os apresenta diretamente ao leitor, também os distancia, enquanto os dilui (LEITE, 1994, p 5-6; grifos da autora).

Os estudos de narrativas – por estarem diretamente relacionados com a crescente consciência do papel que contar histórias desempenham enormes conformações nos fenômenos sociais –, vêm conquistando grande importância na contemporaneidade (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2013). Isso ocorre, segundo Stanley (2009), porque a sociedade, inserida nos fenômenos modernos, vive imersa em grandes e pequenas narrativas.

As grandes narrativas, segundo Castellanos (2014), situam os indivíduos em cosmologias e sistemas explicativos do mundo de ordem religiosa, científica, filosóficas, etc. Ao mesmo tempo em que ordenam eventos e ações em temporalidades mundanas ou sagradas, essas narrativas são reafirmadas ou transformadas através de ações e eventos que afetam tais temporalidades, como, por exemplo, a revolução copérnica e o iluminismo.

As pequenas narrativas estão presentes em diversos contextos cotidianos, como família, escola, trabalho, consultório. Essas narrativas podem compor histórias curtas, produzidas em contextos interativos cotidianos, mas, também podem orientar-se pela perspectiva biográfica. Em ambos os casos, pode-se identificar instâncias de significação da relação eu/mundo. A propósito, a partir da modernidade, a dimensão biográfica tornou-se uma forma central de organização narrativa de experiências pessoais e sentidos de ser e estar no mundo, de maneira mais ampla na sociedade (CASTELLANOS, 2014).

O interesse pelas pequenas narrativas vem crescendo bastante nos últimos anos, devido o contexto histórico de fragilização de teorias científicas e quadros ideológicos que, outrora, forneciam grandes narrativas sobre o mundo (CASTELLANOS, 2014).

É dentro dessas modificações na tradição da ciência, que alguns autores denominaram pós-empírica – o momento de mudança na filosofia da ciência, epistemologia, sociologia do conhecimento, caracterizado pelo desenvolvimento de metodologias alternativas aos métodos científicos tradicionais para o estudo do mundo social –, que existe o questionamento da objetividade do conhecimento e da impessoalidade do pesquisador, e que toma como importante a dimensão interpretativa da realidade social, na qual estão incluídos os estudos com a narrativa, quer sob a forma de histórias de vida, quer sob a forma de entrevistas abertas, como utilizado em muitos trabalhos (ROCHA-COUTINHO, 2006).

Dentro desta nova perspectiva, Fonte (2006) argumenta que o conhecimento emerge da interação entre o sujeito e o seu contexto, sendo esta interação continuamente autorreferenciada e interpretada a partir dos quadros de referência do mesmo. Desse modo, o indivíduo deixa de ser considerado um mero processador de informação para ser visto como um construtor ativo de significados.

Devido a essas mudanças, as narrativas, anteriormente em destaque no campo literário e linguístico, a partir dos anos de 1980, passaram a ganhar potência no campo das ciências sociais e humanas, como locus privilegiado de análise da ação social e da experiência (pessoal e social) (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010; CASTELLANOS, 2014).

É a partir dessa compreensão que Castellanos (2014) pleiteia a narrativa como uma forma de construção, mediação e representação do real que participa do processo de elaboração da experiência social, colocando em causa a natureza da cultura e da condição humana, onde estas realizariam mediações entre o “interior” e o “exterior” ao “eu” na relação ser-no-mundo.

Para além das mediações entre o “interior” e o “exterior” ao “eu” na relação ser-no-mundo, uma narrativa

[...] veicula e comunica uma fala, obedecendo a uma estrutura que atribui sentido às experiências humanas, à lógica e à racionalidade dos relacionamentos, transcendendo a gramaticalidade própria de uma língua. Nesse sentido, narrativas são práticas sociais desenvolvidas num tempo e num contexto historicamente delimitado. Elas representam uma aproximação do real e do simbólico dos discursos elaborados no coletivo e expressos pelos indivíduos. Práticas discursivas marcam posicionamentos e podem tanto reproduzir identidades tradicionais como construir identidades em movimento. Assim, narrativas são construções linguísticas da realidade socialmente criada cujos significados se encontram para além da linguagem. Os indivíduos exercitam suas memórias e registram suas falas narrando histórias de luta e sobrevivência, ao mesmo tempo em que descrevem elementos do caráter coletivo do pensamento social (MOURA, LEFEVRE, MOURA, 2012, p. 1026).

Sobre essa questão, Nunes, Castellanos e Barros (2010) argumentam que não apenas o formato da entrevista, mas as peculiaridades do local, do entrevistador e das estratégias de apresentação de si podem influenciar o endereçamento das narrativas produzidas no âmbito da investigação.

Apesar da intensa valorização da entrevista narrativa como recurso técnico para produção de narrativas, é importante reconhecer que boas narrativas também podem ser geradas através de entrevistas em profundidade e semiestruturadas. Deve-se considerar, também, que as narrativas podem ser identificadas em conversas cotidianas que, ainda que não motivadas em um contexto de pesquisa, contribuem para o interesse científico (BAMBERG, 2006 apud CASTELLANOS, 2014).

[...] as reflexões feitas sobre a narrativa dirigidas a aspectos metodológicos e epistemológicos da produção do conhecimento não se restringem ao seu uso instrumental na produção do material empírico (“coleta de dados”). Essas reflexões incidem sobre as próprias bases e lógicas que estruturam a produção de um tipo de conhecimento que tem na reelaboração dos relatos e observações, efetuados por pesquisados e pesquisadores, a construção de interpretações validadas cientificamente. (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010, p. 1342)

À medida que os estudos de narrativas foram sendo utilizados no campo das ciências sociais e humanas, foram, concomitantemente, empreendendo, nas últimas décadas, enormes influências no campo das ciências sociais em saúde (CCS). Castellanos (2014, p. 1066) explica que “essa influência expressou-se, por exemplo, em várias formas de incorporação das contribuições dos estudos narrativos na pesquisa qualitativa em saúde”.

As críticas à medicalização social e aos quadros teóricos macro-sociais (em particular, ao funcionalismo) compuseram um pano de fundo das CSS, a partir do qual cresceu o interesse pelas narrativas de adoecimento exploradas pelas pesquisas qualitativas (CASTELLANOS, 2014, pp. 1066-1067).

Essas narrativas incorporadas às pesquisas qualitativas têm dado vozes aos sujeitos e mostrado diferentes pontos de vista em um determinado contexto vivido. Segundo Nunes, Castellanos e Barros (2010), a utilização das narrativas ocupa, atualmente, um lugar de destaque, por permitir interpretar aspectos nucleares de composição da experiência de adoecimento em seus contextos sociais específicos:

A narrativa deixa de ser um mero instrumento comunicacional, o qual dá acesso a uma realidade anterior, para ser tomada como o próprio local de acontecimento da análise, ou seja, da elaboração de interpretações que partem de relações definidoras dos sentidos do sofrimento, adoecimento e cura (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010, p. 1355)

Esse interesse pelo “outro”, nos estudos socioantropológicos da área de saúde fundeados nas narrativas, tem como objetivo perpassar não somente a lógica da investigação, mas prosseguir sobre a lógica de apresentação, desencadeando rupturas epistemológicas que geram fissuras nas estruturas narrativas instauradas pela pesquisa qualitativa (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010).

A narrativa provoca, no campo da saúde, a oferta da informação para o conhecimento personalizado, a qual explicita os distanciamentos, aproximações, conjugações e interpretações entre a posição/experiência do indivíduo doente e a do cuidador. Essa

explicitação convida a refletir sobre os parâmetros técnicos, éticos, epistemológicos, teóricos e (micro)políticos do cuidado em um determinado contexto situacional (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010).

Por levantarem reflexões importantes, baseadas em narrativas, achamos por bem apresentar alguns estudos que se apropriaram dessa técnica enquanto dispositivo de produção qualitativa.

Junges e Bagatini (2010) realizaram um estudo, na região metropolitana de Porto Alegre-RS, buscando entender o modo como os doentes crônicos ressignificavam a vida por meio de suas práticas, produzindo, para isso, narrativas sobre a situação existencial ante à doença, as perspectivas de futuro, a compreensão do diagnóstico e da terapêutica, e o papel dos profissionais na ressignificação. Apontando para a necessidade de superar a abordagem de saúde e doença, para além de uma universalidade fisiológica, os autores concluíram que “[...] a autossatisfação do indivíduo depende de encontrar o fio para costurar os elementos da existência, a partir de um novo molde de sentido que possibilite uma nova identidade” (JUNGES; BAGATINI, 2010, p. 184). Para os mesmos, a

[...] costura de uma nova identidade acontece pela narrativa, que reconstrói a biografia a partir de novos referenciais. O profissional precisa estar atento, à escuta dessas narrativas de reconstrução da identidade para que a aplicação de meios terapêuticos produza o efeito esperado, para que o enfermo se sinta sujeito dos processos e assuma com autonomia as mudanças necessárias em sua vida (2010, p. 184).

Com o objetivo de explorar a experiência relativa à assistência prestada às mulheres durante a parturição em um centro de parto normal, Jamas, Hoga e Reberte (2013) realizaram um estudo utilizando a análise indutiva e interpretativa das narrativas de 17 mulheres no município de São Paulo-SP, sendo que, a assistência ao parto foi avaliada positivamente pelas mesmas, e este resultado forneceu sustentação à política pública de expansão desses centros.

Kangovi et al. (2013), em estudo realizado na Filadélfia (EUA), com 65 indivíduos, a fim de identificar a experiência e desafios enfrentados pelos pacientes com baixo status socioeconômico sobre o seu processo de transição pós-hospitalar, evidenciaram, através das narrativas desses sujeitos, a impotência durante a

hospitalização, restrições no cuidado e abandono pós-alta hospitalar, devido condições socioeconômicas.

A partir do que foi exposto, e dos três estudos apresentados como exemplos, podemos considerar que as ofertas de informações proporcionadas pelas narrativas permitem diferentes reflexões sobre as relações estabelecidas entre observação, registro, interpretação e questionamentos às relações existentes entre a lógica da investigação e da apresentação do conhecimento.

Tais considerações foram decisivas na escolha da narrativa como técnica de abordagem do IT.

(DES)CONSTRUINDO CAMINHOS, TRILHANDO POSSIBILIDADES: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Qual é o caminho certo da gente? Nem para a frente nem para trás: só para cima. Ou parar curto quieto. Feito os bichos fazem. Os bichos estão só, é muito esperando? Mas, quem é que sabe como? Viver... O senhor já sabe: viver é etcétera...

Guimarães Rosa

Historicamente, os primeiros trabalhos sobre IT foram produzidos na esfera de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart em 1960 (apud ALVES; SOUZA, 1999).

Inicialmente, essas pesquisas tinham uma forte coloração pragmática: os indivíduos doentes orientavam racionalmente a sua conduta para a satisfação das suas necessidades, ou seja, tomava-se como princípio o fato de que os sujeitos doentes defrontavam-se no mercado como produtores e consumidores de serviços de saúde, e cada um procurava obter as maiores vantagens possíveis em suas transações. Tratava-se, portanto, de uma teoria baseada em uma compreensão voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliavam suas escolhas em termos de custo-benefício (ALVES, SOUZA; 1999).

Entretanto, segundo levantamento bibliográfico realizado por Alves e Souza (1999), essa premissa de modelo utilitarista e racionalista, desde cedo, foi objeto de críticas, pois vários teóricos defendiam a ideia de que as ações humanas, na busca de resposta sobre os problemas de saúde, poderiam ser determinadas por valores culturais, supostamente oriundos das minorias étnicas, a diferentes grupos socioeconômicos, das estruturas familiares, gênero e idade.

Essas considerações críticas a respeito dos estudos tradicionais sobre *illness behaviour* contribuíram para reformulações teórico-metodológicas relacionadas ao IT.

Os trabalhos etnográficos desenvolvidos a partir da década de 70 passaram a destacar o fato de como as sociedades elaboravam diferentes concepções médicas, e o comportamento dos indivíduos quando estão doentes. A análise sobre IT dirigiu-se então para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde (LEWIS, 1981 apud ALVES; SOUZA, 1999).

Desse modo, numa perspectiva da literatura socioantropológica, atualmente, o IT tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos, ao identificarem que a saúde encontra prejudicada, buscam diferentes maneiras de resolver esse problema. No caso das sociedades modernas, esse fato assume maior proporção e significado. Nelas, os indivíduos geralmente se deparam com maiores possibilidades de escolha, uma vez que encontram à disposição uma ampla gama de serviços terapêuticos, denominado pelos autores como pluralismo médico (ALVEZ, SOUZA; 1999).

Sobre essas possibilidades de escolhas para cada indivíduo, Gerhardt (2006) argumenta:

Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamentos são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidado em saúde para as populações de baixa renda (GERHARDT, 2006, p. 2449).

Desse modo, segundo Silva, et al. (2006), a pessoa teria liberdade na escolha do passo a ser dado na busca de cuidado, segundo determinação própria. Entretanto, Bellato, Araújo e Castro (2011) contrapõem dizendo que essa liberdade é relativa, pois, na construção desses trajetos, é preciso considerar algumas dimensões dos serviços de saúde, tais como o modo como os mesmos se configuram, podendo dificultar a acessibilidade de usuários e trazendo implicações em suas trajetórias de busca por cuidados.

Portanto, para compreender a lógica da composição do IT, parte-se da compreensão de que, no campo da atenção à saúde, lógicas diferentes se tecem e se tencionam continuamente, redesenhando a configuração, a lógica e hierarquia do serviço de

saúde, e a dos usuários e suas famílias. A lógica dos serviços de saúde está refletida nas práticas profissionais que, de certo modo e em certa medida, respondem às necessidades da população a qual assiste. E a lógica dos usuários e sua família que buscam cuidados empreendem trajetórias próprias, que não se restringem aos serviços de saúde como lugar privilegiado desta busca (BELLATO, ARAÚJO, CASTRO; 2011).

Segundo os autores citados acima, é no tensionamento dessas duas lógicas que os ITs são produzidos, não como uma somatória entre a lógica de “A” mais a lógica de “B”; nem como uma oposição ou comparação, mas como uma forma mediada e produzida na relação de A “e” B “e” tudo aquilo que, junto, venha compor a mesma.

A relação entre as lógicas dos usuários e dos serviços leva a refletir que cada uma delas não pode acontecer isoladamente, pois são implicadas. Considera-se, então, que a tensão que se estabelece entre estas duas lógicas acontece numa perspectiva foucaultiana, uma vontade de potência, onde o “tensionamento” é tomado como forças que, numa relação, estão mutuamente se exercendo (FOUCAULT, 2008).

Dessa relação entre aquilo que o usuário busca (A) e aquilo que o serviço de saúde oferece (B) algo se produz, no caso, implicações nos sentidos da experiência e trajetórias na busca do usuário.

Diferente da lógica previamente traçada, de alguma forma, pelos gestores e profissionais de serviços de saúde, que se expressam em normas pré-estabelecidas, o usuário vai seguindo como que intuitivamente uma lógica traçada no próprio ato de percorrer sua trajetória em busca por cuidados, de acordo com as situações vividas, com as experiências positivas e negativas com que se depara e com a resolutividade obtida para seus problemas. Essa trajetória nem sempre é planejada, não sendo passível, pois, normatizá-la. Nesse encontro de lógicas distintas, parece-nos que os serviços de saúde criam normas, os profissionais a elas se adequam no exercício de suas práticas, mas os usuários percorrem caminhos que tencionam aquilo que está formalmente configurado (BELLATO, ARAÚJO, CASTRO, 2011, p. 173).

Corroborando com isso, Raynaut (2006) argumenta que a análise do IT pode ser entendida por dimensões materiais e imateriais: a primeira tem uma relação próxima com a organização dos serviços de saúde, refletindo nas trajetórias desses usuários; a segunda diz respeito às representações mentais e relações sociais, sendo observada na ordem em que se buscam os cuidados de saúde, por exemplo. Essas dimensões não ocorrem de formas separadas, elas se inter-relacionam em um

sistema circular, em constante interferência na tomada de decisão. Ao que parece, o IT é um termo polissêmico, visto que tem sido referido, tanto nas produções científicas brasileiras quanto internacionais, como “processos terapêuticos”, “caminhos percorridos”, “itinerários burocráticos”, “procura de cuidados em saúde”, “trajetória biográfica” e “peregrinação”, dentre outros possíveis.

Entretanto, neste estudo, o IT será compreendido como o empreendimento por busca de cuidado em saúde de sujeitos na experiência de adoecimento, mas a partir do conhecimento do seu modo de viver e subjetividade, que implicam diretamente no seu caminhar.

Então, este estudo adota os pressupostos de Gerhardt et al. (2009, p.291), os quais propagam a ideia de que ITs são

[...] as diferentes práticas em saúde e caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se destacam múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida. Destaca-se que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e o papel social da comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição.

Os estudos sobre IT, antes incipientes, tornam-se, na contemporaneidade, tanto na abordagem qualitativa quanto na quali quantitativa, uma produção em crescimento no meio acadêmico.

No cenário internacional, alguns trabalhos de abordagem qualitativa, apresentados a seguir, dão conta disso: Fleischer (2006), na Guatemala, investigou o IT de gestante em gravidez tardia; Kibadi et al. (2009), em uma área rural da República Democrata do Congo, descreveram o IT e as percepções leigas de 12 pacientes com úlcera de Buruli; Del Monaco (2013), em Buenos Aires (Argentina), explorou, através das narrativas, a experiência, as práticas cotidianas e trajetórias de atenção de 38 indivíduos que sofriam de enxaqueca.

Nesse mesmo cenário, alguns trabalhos de abordagem quali quantitativa podem ser citados: Bove, Vala-Haynes e Vallenggia (2012), na cidade de Bamako (capital de Mali), analisaram o impacto dos medidores sociais da saúde de 324 mulheres em regiões

urbanas, a partir das histórias detalhadas durante os eventos de gravidez e doenças; Peeters et al. (2012), na região Ayos e Akonolinga (Camarões), analisaram o IT e evidenciaram as crenças e práticas sócio-culturais das vítimas de úlcera Buruli⁴; Maltez (2012), no Peru e Bolívia, realizou uma pesquisa comparando o comportamento na busca por saúde de famílias em comunidades rurais.

Essa abordagem, tanto qualitativa quanto quali quantitativa, tem sido evidenciada em estudos nacionais, notadamente na última década, como pode se ver a seguir.

Thaines et. al 2009, em Sorriso-MT, desenvolveram um estudo para compreender a trajetória empreendida por um usuário com DM . Trad et al. (2010), em Salvador-BA, analisaram o IT de famílias com pessoas hipertensas entre seus membros, que vivem em classes populares; Cabral (2010), em Belo Horizonte-MG, realizou uma pesquisa a fim de conhecer a produção científica nacional sobre ITs nos últimos 20 anos, descrevendo e analisando as abordagens realizadas, e utilizando esses estudos para conhecer a trajetória de pessoas em hemodiálise, decorrente de doenças renais crônicas derivadas da hipertensão ou diabetes, a partir de suas narrativas; Dias (2013), em Salvador-BA, buscou compreender o IT de pessoas com histórico de úlceras de perna, derivadas de doença falciforme, considerando a vivência do adoecimento antes e após o surgimento da ferida crônica, bem como o olhar dos sujeitos sobre a sua trajetória em busca de cuidado; Brotto (2013), no Espírito Santo, analisou a percepção dos pais/responsáveis sobre o IT da criança com tuberculose. Todos esses estudos foram de abordagem qualitativa.

Também merece destaque o estudo de abordagem qualitativa que envolveu duas cidades latino-americanas, a saber, Medellín (Colômbia) e Salvador-BA, no qual López (2014) analisou e interpretou as experiências de enfermidade e os IT de dez portadores de leucemia mieloide crônica.

Um outro estudo nacional, de abordagem quali quantitativa, pode ser registrado: Lago et al. (2010), em Florianópolis-SC, descreveram o IT de 35 usuários que procuraram

⁴ Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), a úlcera de Buruli é um infecção crônica e debilitante da pele e dos tecidos moles que podem causar deficiência e deformação permanente. O agente causador é a *Mycobacterium ulcerans*. A maioria dos casos ocorrem na África Subsaariana, sendo que, metade das pessoas afetadas são menores de 15 anos.

a assistência de saúde em situação de emergência, utilizando entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise das fichas de atendimento.

Uma observação detalhada dos estudos acima citados evidencia que os mesmos tiveram como participantes os sujeitos com doenças de longa duração.

Os ITs se constituem como abordagem de excelência para os estudos com sujeitos com doenças de longa duração, curáveis ou mesmo aquelas incuráveis, que, por sua natureza, demandam cuidados continuados e prolongados. Bellato et al. (2009), no entanto, destacam que tais cuidados podem ser intensificados em momentos de agudização e amenizados em períodos de silenciamento.

Os ITs, em seu percurso teórico-metodológico, têm produzido redes múltiplas de compreensão da experiência do adoecimento e busca por cuidado de usuários e seus familiares, proporcionando elementos para reflexão da qualidade da atenção em saúde, oferecida durante esses episódios ou toda a vida.

Nessa abordagem teórico-metodológica, o estudo desenvolvido constitui-se como o primeiro trabalho desenvolvido nesse programa de pós-graduação.

CAMINHADA METODOLÓGICA

Acho que o espírito da gente é
cavalo que escolhe estrada: quando ruma para tristeza e
morte, vai não vendo o que é bonito e bom.
Guimarães Rosa

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. A opção por tal abordagem considera que a mesma aplica-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

Segundo Triviños (1987), essa abordagem permite a captura do ponto de vista dos atores sociais, privilegiando a subjetivação entre o sujeito e o pesquisador, e os significados atribuídos pelos atores, num determinado contexto.

Dentro dessa abordagem, o processo é mais importante do que os resultados, não buscando a verdade única, explicações causais ou generalizações, visto que os fenômenos são singulares, do mesmo modo como são apreendidos e interpretados (MINAYO, 2014).

Este estudo foi realizado no Território de Jardim Carapina, que faz parte da Região de Saúde de Carapina, do município da Serra-ES, cujas características históricas, políticas, geodemográficas, econômicas, culturais e sociais estão contidas em um capítulo à parte.

Os sujeitos do estudo foram os sujeitos atendidos na Unidade de Saúde de Jardim Carapina com diagnóstico de DM.

Assim como Rohr (2013, p. 24), optou-se ao longo desta dissertação “por designar os usuários dos serviços de saúde (com DM) como ‘sujeitos’”, conforme proposição de Silva (2007), que assevera que

[...] nas relações de ajuda que podem ser caracterizadas como “sujeitos”, as pessoas envolvidas participam com a mesma dignidade essencial, ainda que

com funções diferentes. Desse modo, não se espera que o atendimento médico seja feito pelo próprio atendido, ou à revelia do médico, mas sim que entre os dois estabeleça-se um diálogo no qual o tema em pauta seja suficientemente esclarecido de modo a permitir que o interessado tenha informações suficientes que lhe permita decidir a respeito (SILVA, 2007, p. 203).

A amostragem em pesquisa qualitativa não atende ao critério de significância estatística, visto que a mesma trabalha com aspectos ligados à subjetividade dos fenômenos e não números ou equações.

Então, a delimitação da amostra, em um estudo de abordagem qualitativa, é singular, variando de estudo para estudo, na dependência do(s) objetivo(s) a ser(em) alcançado(s).

No entanto, há de se considerar que tal delimitação, como a deste estudo, não atendeu ao critério de saturação, conforme proposto por Minayo (2014), visto que o mesmo buscou conhecer ITs – singulares em si mesmos. Assim posto, prevaleceu na composição da amostra, formada por sete sujeitos, a relevância dos “casos” apontados pelos enfermeiros e ACSs locais, o que foi prontamente respeitado pelo pesquisador.

A inclusão dos sete sujeitos neste estudo se deu de forma intencional – apontados pelos enfermeiros e ACSs da UBS Jardim Carapina, conforme já referida –, e em observância aos seguintes critérios de inclusão:

1. Estar registrado no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica– SISHIPERDIA⁵;
2. Ser maior de dezoito anos;
3. Ter diabetes mellitus com diagnóstico confirmado há mais de um ano;

⁵ De acordo com o Ministério da Saúde (2015b, p.1) “devido a grande demanda de questionamentos feitos as nossas equipes acerca da continuidade do sistema Hiperdia (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica), informamos a todos que o mesmo foi descontinuado a pedido da área gestora (DAB) devendo ser trocado pelo sistema e-SUS AB. Para o referido ministério, “o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico”.

4. Apresentar alguma complicação crônica – micro e/ou macrovascular;

O único critério de exclusão considerado foi a dificuldade de se expressar com clareza e coerência.

A forma de produção do material se deu através de encontros/narrativas, fotografias, observação e diário de campo.

No encontro/narrativa, deve-se solicitar ao sujeito que apresente, de forma improvisada, a história de uma área de interesse, da qual o mesmo tenha participado. O objetivo do pesquisador é fazer com que o sujeito conte a história da área de interesse em questão como um relato consistente de todos os eventos relevantes, do início ao fim (Hermanns, 1995 apud Flick, 2009).

A respeito do dispositivo fotográfico, Neiva-Silva e Koller (2002) referem que é possível identificar quatro principais funções do mesmo, a saber: 1) função de registro (papel de documentar determinada ocorrência, importando apenas o conteúdo presente em cada uma das fotos); 2) função de modelo (quando as fotografias são apresentadas com o objeto de um estudo, mas que não retratam os participantes); 3) pesquisa autofotográfica (quando o participante de um estudo recebe uma câmera fotográfica, é solicitado a tirar um certo número de fotos, cujo conteúdo é analisado posteriormente) e; 4) como *feedback* aos participantes da pesquisa. Neste estudo, a opção fotográfica se deu pela função de registro.

Quanto à técnica de observação, Tozoni-Reis (2009) sustenta que a mesma tem variações segundo o grau de participação do pesquisador no campo observado, podendo assumir dois tipos: observação ou observação participante. A primeira – opção adotada por este estudo –, se refere à coleta de dados (produção de material), por meio da qual o pesquisador assume o papel de observador sem nenhuma intervenção intencional do fenômeno. A segunda conta com a participação do pesquisador.

Sobre o diário de campo – um dos instrumentos da pesquisa –, Lourau (1993, p. 78-79) considera que o mesmo é uma “escritura ‘fora do texto’”, que permite reconstituir a “história subjetiva do pesquisador” e a produção de um “tipo de reflexão própria do escrever”. O mesmo autor ainda afirma que esse instrumento permite o conhecimento da vivência cotidiana do campo que se pretende estudar. Além disso, possibilita

compreender melhor as condições de produção da vida intelectual, pois sem as condições de emergência dos "dados" da pesquisa, o leitor vai ter sempre muitas ilusões sobre a cotidianidade da produção científica.

A duração do trabalho de campo se deu no lapso de maio a julho de 2015. As primeiras etapas constaram do reconhecimento da dinâmica do processo de trabalho em ato das cinco equipes da ESF local, ocasião em que o pesquisador buscou estabelecer afecções com os profissionais – notadamente os enfermeiros e ACSs –, bem como dar respostas às demandas dos mesmos em relação aos pontos ainda vagos sobre o projeto de pesquisa.

A etapa seguinte consistiu em extrapolar, na companhia dos ACSs, os limites da UBS, o que permitiu ao pesquisador um reconhecimento, ainda que mínimo, do Território Jardim Carapina, não apenas como espaço geográfico, mas sumamente como espaço existencial.

A escolha dos sete sujeitos participantes do estudo se deu a partir da indicação tanto pelos enfermeiros quanto pelos ACSs a partir dos critérios de inclusão antes compartilhados pelo pesquisador com os mesmos.

Após análise acurada dos prontuários dos referidos sujeitos, se deu a localização do logradouro, a partir de sua microárea, conforme o cadastramento existente na unidade e a visita conjunta pesquisador-ACSs, conforme agenda previamente definida para as determinadas áreas, visto que, [...] “a experiência mostra ainda que o sucesso do trabalho depende (...) de algumas circunstâncias, como contatos prévios para se criar condições oportunas (dia, hora, local) e situações amistosas de diálogos” (CHIZZOTTI, 2000, p. 17).

O pesquisador esclareceu a cada sujeito da pesquisa sobre a natureza acadêmica do estudo, seus objetivos, o sigilo do material e a divulgação científica do estudo.

Quanto ao sigilo, o pesquisador apresentou aos sujeitos uma lista com nomes de pedras preciosas e suas respectivas imagens, os mesmos tiveram a liberdade de escolher quais nomes seriam identificados no estudo. Assim, eles foram identificados com codinomes de pedras preciosas. Os profissionais de saúde foram identificados por números cardinais.

Como houve concordância sobre as informações prestadas, procedeu-se a assinatura (ou aposição de sua impressão digital, quando fosse o caso) em duas vias, ficando uma delas em posse do sujeito, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como, o Termo de Autorização para Divulgação de Fotografias (TADF).

Os encontros/narrativas, com duração média de quarenta e cinco minutos, foram individuais e realizados no horário e local sugeridos por cada um dos sujeitos, propiciando a criação de um ambiente organizativo e calmo, favorecendo a eles concentração para a sua enunciação. Por essa ocasião, e com permissão dos sujeitos, se deu o processo de fotografiação, na medida em que esse foi considerado como dispositivo potencial para o estudo.

Os encontros/narrativas foram transcritos, juntamente com os apontamentos do diário de campo. A partir da leitura acurada do conjunto do material, buscou-se dar sentido à construção de cada uma das sete narrativas, que se fizeram acompanhar de suas representações visuais dos ITs e seus respectivos roteiros – cujos títulos principais se intitularam “Passo, compasso, passando, vivendo” (MOREIRA, 1975), uma estrofe da música “Sempre cantando”, de autoria do compositor e cantor baiano Moraes Moreira.

Em seguida, os ITs se ligaram de forma conectiva, umas às outras e a outros pesquisadores, através de fluxos contínuos, em um capítulo separado, que se fez apresentar no texto de duas formas: os conteúdos molares, afeitos à epidemiologia e patofisiologia, em caixas; os conteúdos moleculares, afeitos às narrativas e à discussão das mesmas, livres. Tratou-se de um dispositivo para facultar ao leitor a consulta, ou não, desses conteúdos molares.

Antes que se desse a apresentação do relatório no exame de defesa da dissertação, a intenção do pesquisador era a de proceder a restituição concreta das narrativas e representações visuais dos ITs de cada um dos sujeitos, no sentido de garantir a anuência do que foi registrado.

Lourau (1993, p. 55) considera que a restituição concreta “compreende uma restituição pessoal, implicada e posta, dentro da pesquisa, como um procedimento real do ato de pesquisar”. Dessa forma, a restituição, para o mesmo, não é um ato caridoso ou gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, tratando-se da discussão

do que foi produzido junto com os interessados, de modo a possibilitar a interferência direta daqueles no processo.

Entretanto, um acontecimento ocorrido no dia 30 de agosto de 2015⁶ – na semana que em que se daria a restituição concreta das narrativas –, inviabilizou essa relevante etapa da pesquisa, e que, por se tratar de um embate entre a segurança pública e o narcotráfico, gerou sucessivos desdobramentos. O marco inicial do embate, o qual resultou na morte de um policial à paisana, colocou o pesquisador em situação de risco, uma vez que o mesmo – figura desconhecida no local – poderia ser considerado um policial ou investigador à paisana.

Quando do término da dissertação, a situação ainda não havia apaziguado, no que o professor orientador achou por bem não realizar a restituição concreta.

Em atenção à resolução de 466/12 (Brasil, 2012a), que normaliza a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa – do qual constou como apêndice o TCLE e TADF –, foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde da Serra-ES, para anuência, e posteriormente inserido na Plataforma Brasil, para o devido

6 “Vídeo (<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2015/08/video-mostra-momento-da-morte-de-soldado-da-pm-no-es.html>) mostra momento da morte de soldado da PM no ES. Imagens são de câmeras instaladas no bairro Jardim Carapina, na Serra. Crime aconteceu na noite deste domingo (30)”. Câmeras de vídeo monitoramento instaladas no bairro Jardim Carapina, na Serra, município da Grande Vitória, mostram o momento em que criminosos matam o soldado da Polícia Militar Ítalo Bruno Pereira Rocha, de 25 anos. É possível ver um grande grupo de pessoas cercado o corpo do militar, que é atingido por pedradas e por tiros. *As imagens são fortes*. O soldado foi executado a tiros e pedradas na noite deste domingo (30). Outro PM, que estava com Ítalo, foi baleado no braço e está internado no Hospital Jayme dos Santos Neves. Os dois não estavam no local à trabalho, segundo a polícia, que acredita que os militares tenham sido reconhecidos por criminosos em um baile funk realizado próximo ao campo de futebol do bairro. O caso está sob investigação. Uma das hipóteses é de que os rapazes tenham ido ao local para encontrar duas jovens. Três suspeitos de participação no crime foram presos e encaminhados à Divisão de Homicídios e Proteção à Pessoa (DHPP). Uma moradora do bairro, que preferiu não se identificar, disse que viu pela janela quando vários homens correram atrás de Ítalo.

"Não vi a cara de ninguém, mas vi que jogaram pedras e outras coisas nele. Era um grupo grande, uns oito ou dez homens. Saí da janela porque tenho problema de pressão e fiquei muito assustada. Depois, ouvi tiros. Foi uma cena muito violenta, uma verdadeira selvageria", relatou. O jovem trabalhava no Grupo de Apoio Operacional (GAO) do 6º Batalhão. O pai do soldado assassinado, Jovelino Pereira, mora no Rio de Janeiro, e veio às pressas ao Espírito Santo quando soube da morte do filho. Jovelino compareceu à DHPP na manhã desta segunda-feira (31), para prestar depoimento. "A história está muito mal contada. Eu fiquei sabendo que o bairro é perigoso, mas que eu soubesse ele não tinha o hábito de frequentar baile funk. Queremos que investiguem, quero saber o motivo da morte do meu filho", afirmou. Jovelino contou que o filho morava no bairro Laranjeiras, com o irmão mais novo, e era um jovem calmo e muito brincalhão. O pai disse que chegou a pedir várias vezes para que o filho saísse da polícia, porque tinha medo. "Ele sempre teve o sonho de trabalhar na polícia, mas eu moro no Rio de Janeiro, sempre vejo notícias ruins. Pedi para ele sair, tentei dar uma ideia para que ele saísse mesmo da polícia, mas a vontade dele era essa" (VÍDEO MOSTRA MOMENTO DA MORTE DE SOLDADO DA PM NO ES, 2015).

encaminhamento e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Ciências Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS-UFES), tendo sido aprovado em 29 de abril de 2015, sob o registro CAAEE 41402114.4.0000.5060 (Anexo A).

POR ONDE CAMINHAR: O CENÁRIO DO ESTUDO

Tropeçar também ajuda a caminhar.
Guimarães Rosa

O município de Serra teve seu processo de colonização iniciado com a fundação da Aldeia Nossa Senhora da Conceição da Serra, em 1556, no sopé do monte Mestre Álvaro, pelos índios Temiminós, vindos do Rio de Janeiro, e o padre jesuíta Braz Lourenço (PREFEITURA DA SERRA, 2014a).

Em 1752, a Aldeia de Nossa Senhora da Conceição da Serra é elevada à categoria de distrito e paróquia, sendo ascendida à categoria de freguesia em 1769, desmembrada da Freguesia de Vitória. Em 1822 é elevada à categoria de Vila (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).

Com o desmembramento do território de Vitória, criou-se, por meio da Resolução do Conselho do Governo, de 02 de abril de 1833, o município da Serra, que, em 06 de novembro de 1875, deixou de ser vila e foi elevada à categoria de cidade (PREFEITURA DA SERRA, 2014a).

Em 1849, foi deflagrado um movimento de libertação dos escravos, em São José do Queimado, desmobilizado pela força militar da época, e que levou ao enforcamento de dois dos líderes da revolta: Chico Prego e João da Viúva. Chico Prego foi enforcado na Vila da Nossa Senhora da Conceição da Serra, e João da Viúva, na Vila de São José do Queimado (PREFEITURA DA SERRA, 2011)

O município foi palco de grandes acontecimentos históricos, como a Insurreição de São José do Queimado. As igrejas construídas pelos jesuítas na Serra, como São João de Carapina, Nossa Senhora da Conceição da Serra e a Igreja de Reis Magos, são evidência da riqueza histórica da Serra (PREFEITURA DA SERRA, 2011).

Em 1875, é anexada a Vila de Nova Almeida – na época, sede de município do mesmo nome –, à comarca da Serra, desanexando-a da comarca de Santa Cruz – hoje, o município de Aracruz (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).

Em 1921, foi iniciada a construção da primeira estrada de rodagem entre a Serra e Vitória, sendo concluída em 1923, através de mão de obra de presidiários, com o objetivo de interiorizar o desenvolvimento estadual e buscar novamente o reconhecimento do município da Serra (PREFEITURA DA SERRA, 2011).

Com o advento da Estrada de Ferro Vitória a Minas, e com a crise econômica mundial de 1929, que afetou o comércio de café e, conseqüentemente, a economia da Serra, a Vila de São José do Queimado desapareceu, restando apenas algumas casas de agricultores locais (PREFEITURA DA SERRA, 2011).

A data de fundação da Serra passou a ser comemorada no dia 08 de dezembro, dia da Imaculada Conceição de Maria e quando Braz Lourenço celebrou a primeira missa na Aldeia indígena dos Temiminós. No entanto, os principais festejos em comemoração ao dia do Serrano ocorrem no dia 26 de dezembro, devido à devoção a São Benedito (PREFEITURA DA SERRA, 2014a).

Em 1943, o município da Serra passou, então, a ser constituído pelos distritos de Carapina, Nova Almeida, Queimado, Serra e Calogi, a partir do Decreto-Lei nº 15.177/1943 (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).

A Serra teve duas fases distintas de sua economia: a fase rural e a fase industrial.

A produção rural baseava-se principalmente na produção de cana-de-açúcar, café, mandioca e, em menor escala, cereais e, ainda, na extração de madeiras. A agroindústria surgiu com maneira rudimentar, com engenhos de produção de açúcar e aguardente, farinha, fubá de milho e beneficiamento de arroz. Na década de 50, inicia-se a produção de abacaxi, com comércio para outros estados do país e exportação (PREFEITURA DA SERRA, 2014a).

Neste período, inicia-se a construção da BR 101, promovendo timidamente o desenvolvimento da Serra. A década de 60 marca o crescimento industrial no município, com a construção do Porto de Tubarão e do centro industrial, e, nas

décadas seguintes, da Companhia Siderúrgica de Tubarão – atual Arcelor Mittal Tubarão –, e do Porto de Praia Mole (PREFEITURA DA SERRA, 2014a).

O espaço territorial da Serra, a partir da década de 70, foi peremptório na transição da economia agrária cafeeira do Espírito Santo para uma economia industrial. O município apresentava uma situação estratégica ímpar, por localizar a indústria próxima, de onde havia infra-estrutura e mão-de-obra disponível, área territorial desocupada e relevo adequado às instalações industriais (PREFEITURA DA SERRA, 2010).

Atualmente, o perfil do município está se modificando. Continua sendo um município industrial, mas configura-se como fronteira interna de expansão da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), atrelada à ampliação das grandes plantas produtoras de commodities e do crescimento das atividades do petróleo, da atuação da construção civil e do setor de serviços (PREFEITURA DA SERRA, 2010).

A instalação desses empreendimentos foi determinante no acelerado crescimento habitacional do município. A Serra teve um crescimento absoluto de 391.981 habitantes em 40 anos. Saltou de 17.286 habitantes, em 1970 para 409.267, segundo o Censo de 2010, sendo a quase totalidade localizada em área urbana, 99,3% (IBGE, 2011).

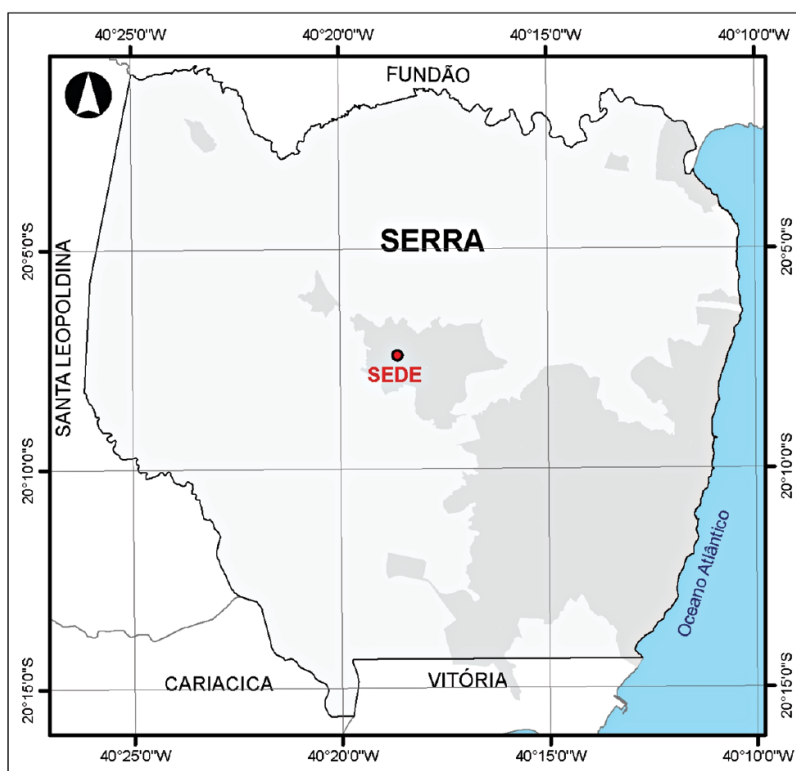
Quanto à localização, o município da Serra possui 547,45 Km² de extensão territorial, sendo o mais extenso dos municípios da RMGV – Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Viana, Guarapari e Fundão. É composto por cinco distritos: Serra, Carapina, Nova Almeida, Queimado e Calogi (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2014b).

A área rural do município engloba 353,89 km², o que representa 65% de seu território, enquanto a área urbana ocupa 35%, o que corresponde a 193,56 km². A maioria da população reside na área urbana. A taxa de urbanização é de 99,30% (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2014b).

Localizado a 27 quilômetros da capital do Estado, Vitória, limitando-se ao norte com o município de Fundão, ao sul com Cariacica e Vitória, a Oeste com Santa Leopoldina e a Leste com o Oceano Atlântico. Está a um raio de 1.000 km de distância dos

principais centros econômicos do país – São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).

Possui, ainda, aproximadamente 23 km de praias, localizadas próximas a riachos e lagoas, além de uma exuberante vegetação nativa (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2011).



Mapa 1. O município da Serra-ES

Fonte: Prefeitura Municipal da Serra (2011)

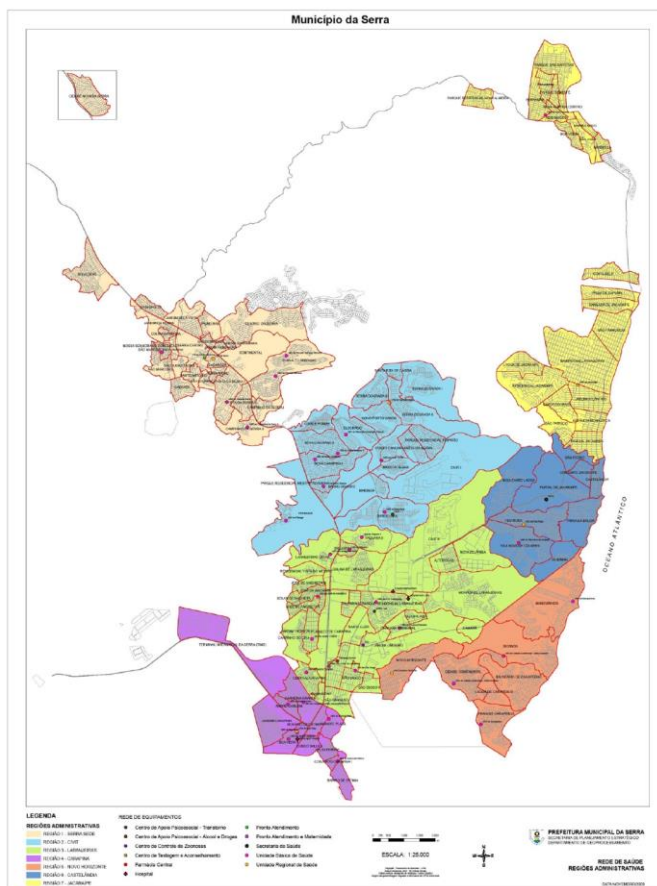
O acesso ao município da Serra ocorre através de alguns grandes eixos viários de domínio federal e estadual, que o atravessam, servindo tanto ao trânsito de passagem como ao trânsito local. Esses eixos têm o sentido norte-sul e fazem parte do sistema viário principal metropolitano. Os principais eixos viários que cortam o município são: BR-101, ES-010, ES-262, existindo, ainda, eixos intra-urbanos que desempenham papel fundamental na estruturação do sistema viário municipal, como as avenidas Civit II, Manguinhos e Norte-Sul (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo insere a Serra como Município Pólo da Microrregião Serra - Santa Teresa, composta pelos municípios de

Fundão, Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra, Itarana, Itaguaçu e Santa Teresa (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).

O município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da população, exercendo essa responsabilidade com o Estado e a União, através da celebração do Termo de Compromisso de Gestão, do Pacto pela Saúde, Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, nas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a).

Para a organização do sistema de saúde da Serra, o território do município foi dividido em sete regiões de saúde: Carapina, Novo Horizonte, Laranjeiras, CIVIT, Castelândia, Jacaraípe e Serra-Sede (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2010).



Mapa 2 – Regionalização atual da saúde

Fonte: Prefeitura Municipal da Serra (2010)

No município da Serra, a rede própria ambulatorial conta com 33 unidades básicas de saúde, uma (01) unidade itinerante, seis (06) unidades regionais de saúde, um (01) centro de referência ambulatorial, duas (02) unidades de pronto atendimentos adulto,

infantil e odontológico, uma (01) maternidade, um (01) centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS, um (01) centro de atenção psicossocial – CAPS-Álcool e Drogas, um (01) centro de atenção psicossocial – CAPS-Transtorno, um (01) centro de especialidades odontológicas e um (01) centro de controle de zoonoses, um (01) Laboratório Municipal, e ainda conta com os Programas de Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Saúde de hipertensos e diabéticos) (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2013).

O município conta com quatro unidades hospitalares: Hospital Dório Silva, de natureza pública estadual, com um total de 196 leitos-SUS; o Hospital Metropolitano, de natureza privada, com 82 leitos privados; o Vitória Apart Hospital, também de natureza privada, com 255 leitos privados e 4 leitos SUS (cirúrgico, clínico, pediátrico e UTI) e; o Hospital Estadual Drº Jayme Santos Neves, com 160 leitos-SUS, ainda em fase de expansão. Em termos de serviços móveis de urgência, o município conta com o apoio do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – com 04 unidades de APH móvel, e com serviço de transporte sanitário contratado, com 16 Unidades de APH-Móvel, entre unidades básicas, unidade avançada e motolâncias (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2014; PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2013)

Com o propósito de reorientação do modelo de atenção e reorganização das ações de saúde, a Serra iniciou, em 2000, o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com 3,7% da população atendida. Posteriormente, em 2004, foi absorvido pela ESF, ampliando a cobertura para 5,4% da população. No ano de 2005, por meio da Estratégia de Saúde da Família, englobou os dois programas, chegando ao fim de 2012 com 41,3% da população coberta, sendo 29,5% de cobertura de ESF, 11,8% de PACS e 16,2% de Equipe de Saúde Bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2013)

Quanto à Vigilância à Saúde, o município da Serra está subdividido em Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, sendo que todas trabalham conforme objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2013).

Em relação à Assistência Farmacêutica, o município está organizado para a prestação de auxílio – medicamentos básicos e excepcionais. As Unidades Regionais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório Médico de Especialidades (AMES) e a Unidade Básica de Saúde Jardim Carapina contam com profissionais Farmacêuticos para estruturação dos serviços; e as outras Unidades Básicas funcionam com farmácias, sem acompanhamento direto dos farmacêuticos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2013).

Segundo a Prefeitura Municipal da Serra (2013), a Secretaria Municipal de Saúde possui 3.056 (100%) servidores, sendo 2.166 (71%) Estatutários, 630 (21%) de Celetistas, 146 (5%) de Comissionados e 114 (4%) de contratados.

O estudo aconteceu do Território do Bairro Jardim Carapina. Esse bairro surgiu a partir de invasões em 1986 e, atualmente, segundo o censo 2010, possui 14.052 habitantes.

O bairro possui uma grande variedade de comércios, praças públicas, escolas e uma unidade básica de saúde.

A UBS Saúde Jardim Carapina contava com cinco Equipes de Saúde da Família distribuídas no mesmo espaço.

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Serra, do ano de 2014, a cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica alcançou a marca de 73,21%.

Assim, buscou-se explicar aqui algumas características sobre o município da Serra, a fim de criar uma familiaridade, mesmo que com palavras e imagens, entre o cenário da pesquisa e o leitor, propiciando a este algum conhecimento a respeito desse município. Esta pesquisa agenciou os ruídos, as vozes e os passos dos sujeitos com DM, e a relação com os serviços instituídos no município.

**“O REAL NÃO ESTÁ NA SAÍDA NEM NA CHEGADA: ELE SE
DISPÕE PARA A GENTE É NO MEIO DA TRAVESSIA” -
NARRATIVAS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS SUJEITOS**

BERILO

Viver é um rasgar-se e remendar-se.
Guimarães Rosa

Berilo é um senhor de sessenta e cinco anos de idade, branco, aposentado, tem ensino fundamental incompleto, nasceu em Minas Gerais, tem duas filhas, é divorciado, mas mora com uma companheira há vinte e cinco anos.

Ele é uma pessoa bastante acolhedora, alegre e que gosta de contar as histórias que viveu, e os lugares por onde passou. Já de início, tentando proporcionar um ambiente bastante agradável, ele nos convidou para sentar, tomar um cafezinho e, assim, a conversa fluiu acompanhada de boas risadas.

Ele começou narrando que sempre sofreu muito, devido aos vários problemas de saúde que teve durante a sua vida. Todo o sofrimento e processo de adoecimento, vivenciado por ele, teve início a partir de um acontecimento que desvelou toda a sua caminhada nas instituições de saúde por busca de cuidado: a fratura da sua perna direita há mais de quarenta anos.

Eu já tenho sofrido muito na minha vida. Nós tinha uma fazenda na roça. Eu era muito alterado, né? Eu sempre gostava de tomar uns golinhos, sabe? Aí a gente competiu uma corrida de cavalo, né? Uma corrida [...]. Eu quebrei a minha perna em Montanha (Espírito Santo). Você já ouviu falar em Montanha? Fiquei em Montanha seis meses internado. Meu pai vendeu umas terras pra cuidar de mim. Eu fui parar em Belo Horizonte. Se não fosse para Belo Horizonte, eu tinha ficado sem a perna. Foi três meses internado. Fui para Belo Horizonte e nada. Eles queriam cortar minha perna em Montanha. Se eu não tivesse ido pra Belo Horizonte (bate na mesa) [...]. Ela já tava com infecção dentro do osso assim, olha. Lá (em Belo Horizonte) tem o médico bom. Aí o medico juntou as coisas pra dentro e [...]. Lá em Belo Horizonte ainda. (Berilo)

Após esse período, Berilo veio morar em Vitória-ES e passou a trabalhar em supermercado, durante quatro anos. Era uma atividade pesada, então, sua perna começou a apresentar algumas complicações, ele passou por uma nova cirurgia e

recuperou-se bem, no entanto, a epiderme local tornou-se frágil e sensível a qualquer trauma.

Voltei pra Montanha não. É ruim, hein? Aí de Belo Horizonte eu vim pra nossa terra de novo. Pra Vitória. A perna já estava boa quando vim pra Vitória. Eu fiquei no supermercado aí [...] aí ela pegou a entortar, né? Aí eu mandei quebrar de novo. É. Aí eles quebraram e botaram no jeito, mas lá tem um buraquinho que não fecha de jeito nenhum. (Berilo)

Em meio à sua caminhada nas instituições de saúde, por conta das cirurgias na perna, Berilo teve o diagnóstico estabelecido de DM e hipertensão arterial sistêmica (HAS), mas não fez o gerenciamento da doença e continuava a viver sua vida como se nada tivesse acontecido.

Lembro não (se referindo ao hospital onde teve o diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial sistêmica revelação). Lá na roça ninguém tomava remédio de diabetes não, meu filho. Ninguém tava nem ai. Lá na roça, nós tomava outros remédios pra diabetes (faz um sinal com o polegar de tomar bebida alcoólica e cai na gargalhada). Antigamente ninguém dava [...], ninguém tomava remédio de pressão, de diabetes, ninguém tomava nada e hoje [...]. Antigamente não. (Berilo)

Berilo, havia bastante tempo, e já morando no município da Serra-ES, começou a sentir uma falta de ar constante, quando procurou um cardiologista em uma clínica particular, passou por uma série de exames e teve o diagnóstico estabelecido de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

(Procurei) médico do plano. [...] la me dando muita falta de ar e eu fui no médico do coração. Aí eu já fiz esse exame de cateterismo, sabe? Já fiz acho que três vezes. [...] Que eu tenho problemas de coração e de pulmão. (Berilo)

Depois do diagnóstico estabelecido de DPOC, Berilo passou a tomar alguns cuidados com sua saúde. Ele buscou acompanhamento na unidade de saúde, aderiu à terapia medicamentosa do DM e HAS e fez, mesmo com muita dificuldade, mudanças em sua alimentação.

Eu “maneiro” no sal e no açúcar, chupo bastante limão, porque limão é bom, né? Aí o negócio de trem muito doce [...]. Eu comia muita banana e laranja, mas parei um pouco. De vez em quando, chupo uma mexerica, laranja, mas eu era viciado. Tô maneirando mais no negócio de doçura. Dieta pouquinho. De vez em quando tá tendo churrasco com [...], mas como pouco. Domingo agora mesmo, chegaram dois camaradas ali e lascou. Eu sempre gosto de um tira gostinho, um churrasquinho, porque um churrasquinho é bom, né? O médico disse pra manear um pouco. Sinto prazer (em comer). Churrasquinho com cervejinha é bom demais. (Berilo)

Por conta desses problemas de saúde, há mais de dois anos, Berilo passou por algumas complicações e teve que ficar internado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital particular em Vila Velha-ES.

Rapaz, quase que eu fui embora. Eu parei no CTI lá no (Hospital) Evangélico. Graças a meu bom Deus, hoje eu estou bom. Eu não aguentava subir essa escada aqui (aponta para escada da sua casa). Hoje eu tomo remédio, mas eu tomei remédio mesmo. O CTI foi problema de [...]. Eu adoeci aqui (em casa), aí eles me levaram aqui pra cima, na UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Aí eu fiquei lá. Fiquei lá uns dias procurando, esperando vaga. Aí surgiu uma vaga (no CTI) e poquei na ambulância. Não, não fui no Evangélico não, fui pro (Hospital) Vila Velha. Cheguei na ambulância morrendo. Graças a Deus eu fiquei bom e fui pro Evangélico. Hoje eu tô bem bom, graças a Deus. Quase que eu fui embora, meu filho. Tem uns dois anos isso aí. Pensava só chamando Jesus pra me ajudar. Só isso. "Me ajuda, meu Jesus. Não me deixa ir embora não". Eu ficava com olho aberto. [...] Voltei pra casa. Fiquei sete dias no CTI. Não, com sete dias de CTI fiquei no hospital mesmo. Veio minha filha de Belém pra me visitar, porque eu tava mal. (Berilo)

Nesse período, Berilo começou a apresentar algumas complicações na visão e procurou um consultório particular de oftalmologia. Após alguns exames, ele foi diagnosticado com catarata e passou por cirurgia em ambos os olhos.

Já fui operado das vista. Tinha uma catraca. Catarata! (Tem) Uns dois anos. Tinha uma neve no olho. Aí procurei a doutora no plano. Aí fui lá e ela examinou e falou catara. Aí marcou a cirurgia e operei. Eu marquei a cirurgia e ela operou. Operei um (olho) primeiro e depois operou o outro. Fiquei uns seis dias com o tampão. Tem que operar um e depois botar o outro. (Hoje eu) Enxergo legal. Tem um óculos aí, mas não uso. Só uso quando vou ler umas letrinhas miudinhas. Ficou bom depois da cirurgia, graças a Deus. (Berilo)

Berilo contou que fumou bastante tempo na sua vida, mas que, atualmente, não fuma mais.

(Fumei) Desde criança, porque meu pai era fabricante de fumo. Ele fazia o fumo e falava: "fuma isso aqui pra vê se tá bom [...] pra vê se tá forte". Eu botava o cigarro na boca e ia [...]. Desde lá na roça eu fumava, né? Antigamente, todo mundo fumava. Hoje em dia não. Meu pai mesmo escovava os dentes era com fumo e cinzas assim, né? Antigamente era uma coisa e hoje é outra. Vixe Maria, foi tempo demais. Botava um maço de cigarro aqui em cima e só fumava cigarro caro. Era um atrás do outro. Fui no médico uma vez e ele perguntou se tinha cigarro aí e eu disse "tenho". "Me dá um cigarro aí" disse o médico. Ele pediu o cigarro e olhou pra mim assim e disse "larga esse bichinho aqui. Esse bichinho está te dominando". Rapaz, nunca mais eu fumei cigarro depois desse dia. Sinto vontade até hoje, mas Jesus não deixa eu fumar. [...] Ih, meu filho. Era muito cigarro e muito dinheiro. Quando estava bebendo, era dois a três maços de cigarros um atrás do outro. (Berilo)

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, Berilo faz a ingestão de cerveja constantemente e, por conta disso, já sofreu algumas quedas e deixou de fazer o uso de algumas medicações.

Às vezes (bebo) no domingo. Na semana eu não bebo de jeito nenhum. Se eu tomar no domingo, sábado eu tomo o meu remédio e domingo eu só tomo o do coração. De vez em quando que bebo. Eu fico triste demais e a bebida é uma desgrama. Você tem uma bebidinha e você fica alegre. Eu fico é mais alegre ainda (risos). Um churrasquinho então [...] o pau quebra. Sinto prazer. Churrasquinho com cervejinha é bom demais. Eu gosto sempre de tomar uma cervejinha em casa. Não estou tomando mais em rua não, meu filho. Eu fui tomar umas cervejas no bar com um camarada e aí eu botava uma e ele botava outra e assim ia. Rapaz, bebemos uns dois litros. Aí eu disse vamos embora? Ele disse “você aguenta ir embora?”, eu disse “guento”. Montei na bicicleta e vim. Eu tava enxergando bem (risos). Lá na frente veio um quebra-molas e a bicicleta fez assim (faz a demonstração com as mãos) e cai no chão. Aí chegou lá na frente na vala e tomei outra queda. Meu filho, na primeira queda que tomei pra trás, o óculos já ficou pra trás. Aqui detrás dessa rua aqui, tinha outro quebra-molas, aí eu fui desviar. Aí que eu fiquei no chão. Foi essa última (queda) que me lascou. Quase quebrei o pescoço e as costelas. Aí já foi logo juntando aquela multidão e veio uma mulherada pra me trazer aqui e elas subiram essas escadas comigo. Eita merda! E veio gente pra subir essa escada. Tudo me rebocando aqui. Só mulher. E garraram me puxando aí. Nunca mais (bebi na rua). Tem mais de uns três a quatro meses. Nisso, eu fui lá (no bar) depois, mas fiquei esperto, né? Bebi menos. (Berilo)

Há menos de um ano, Berilo estava pedalando pelas ruas do bairro em sua bicicleta, quando o pedal passou em seu tornozelo direito e provocou uma ferida que ainda não cicatrizou. A ferida estava necrosada, mas, segundo ele, o desbridamento cirúrgico não foi autorizado pelo médico, por conta dos problemas de saúde que ele tinha.

Eu andando de bicicleta aí, o pedal da bicicleta passou, porque aqui é muito fininho (se refere a pele do tornozelo), sabe? O pedal passou e rancou uma banda. E nessa banda, meu filho, não quer sarar de jeito nenhum. Tem poucos tempo aqui. Não tem nem um ano, eu acho. Passava fechada, mas o pedal passou e rancou uma banda. E nisso, meu filho, o buraquinho não fechou nem por cão. Eu tenho que ir no médico, mas marcar no médico cirurgião sério. Todo dia eu faço curativo. Eu mesmo faço. Eu ia no posto direto, direto. Aí comecei a arrumar uns gases lá, aí eu mesmo estou fazendo curativo. Fui no médico no (hospital) Dório Silva. Aí ele, sei lá [...]. Aí no médico do coração não autorizou, porque se eu for pra banca de operação, vou morrer na banca de operação. Essa feridinha é o seguinte [...]. Ela tem um osso preto que eu acho que tem que tirar esse osso. Lá em Belo Horizonte eles tiram um lasca de osso (perna esquerda) daqui e passaram pra lá (perna direita). Eu tô desconfiado que essa lasca de osso tá “empretando” lá. (Berilo)

Todos esses problemas de saúde sofridos por Berilo significavam a indicação de uma quantidade muito grande de medicação. Entretanto, alguns medicamentos eram comprados por ele, gerando bastante custo, o que onerava a sua renda mensal.

Caixinha? Eu tenho é duas farmácias. Você quer ver os remédios todinhos? Vem cá pro senhor ver o remédio. Esse aqui (medicamento de coração) é o que tá mais lascando minha vida. Porque está caro. E ainda é dois de manhã e dois à noite. Tá me lascando. É quatro comprimido. Onde eu vou nisso? Eu recebo um salário, mas com esse remédio que eu compro, estou recebendo uma mixaria. (Berilo)

Berilo mora no bairro Jardim Carapina há trinta anos, mas diz que, atualmente, a violência advinda do narcotráfico tem causado preocupação e mudanças em sua rotina.

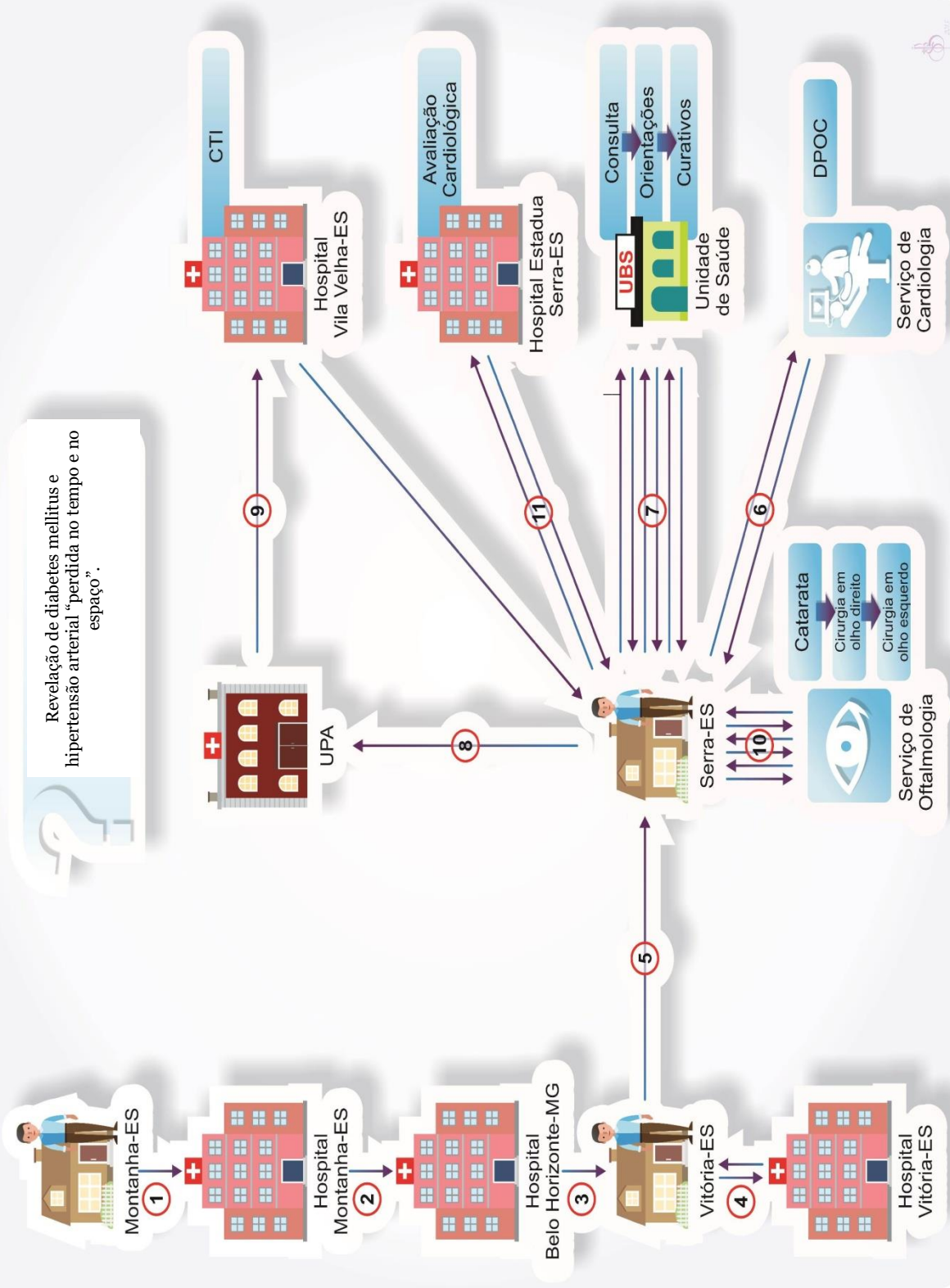
É assim. Fico aqui em casa sentado. Fico aqui na minha rede e às vezes sento lá na frente e fico lá. Aí um dia eu tava sentado lá na frente e veio aquele monte de gente de revolver. Aí eu pensei: “Ih lascou, vei”. Eu fiquei quietinho. Eles gritaram: “Olha coroa, não pode ficar muito assim na rua não, viu?”. Eu disse: “Tudo bem, meu filho” e entrei pra dentro de casa. Fico andando pra lá e pra cá. Fico na rede. Assisto televisão, ouço musica antiga. Não gosto de ficar triste. Fico sempre alegre. (Berilo)

Durante todo o encontro, Berilo olhava a fotografia das filhas no porta-retratos e expressou várias vezes que o seu maior desejo era visitá-las para conhecer o seu neto que havia nascido, mas que só tinha visto uma foto pela internet.

Eu tenho duas filhas em Belém do Pará e tenho um neto de sete meses, e eu queria ver eles e não vi. Eu tenho um neto com sete meses. Eu tô doído pra ver o bichinho. Vi o bichinho pela internet, mas é tão bonitinho aquele desgramado. Tô doído pra ver. Quer que eu vou no natal, mas não posso não. Não tenho dinheiro. Tem baldeação lá. Elas disseram: “Ó pai, vamos fazer uma coisa com o senhor. Nós paga a passagem”. Eu disse: “Paga que eu vou”. “Quando você quer vir?” disse ela. Eu disse: “Em dezembro, fim do ano”. Aí em dezembro elas vão comprar a passagem pra eu ir. Uma boa ideia, né? Eu visitar meu bichinho que vai fazer um ano e nunca vi. Só isso. Meu Deus, queria tanto ir em Belém do Pará (olha para fotos das filhas). (Berilo)

Entre rasgar-se e remendar-se, Berilo vai tocando a sua vida. Uma fratura de membro inferior direito, nos meados da década de 70, quando morava no interior do ES, que lhe rendeu duas cirurgias. Um diagnóstico de DPOC, complicações e internações em CTI. Em data recente, outras duas cirurgias, agora por conta da catarata. Remendar-se? Bem que queria, não fosse uma ferida que teima em não cicatrizar-se.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE BERILO: REPRESENTAÇÃO VISUAL



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE BERILO**

1. Procura um hospital em Montanha-ES;
2. Transferência para um hospital em Belo Horizonte-MG;
3. Mudança para Vitória-ES;
4. Cirurgia em um hospital em Vitória-ES;
5. Mudança para Serra-ES;
6. Diagnóstico de DPOC;
7. Acompanhamento na unidade de saúde;
8. Busca por atendimento na UPA;
9. Internação em CTI em um hospital em Vila Velha-ES;
10. Diagnóstico de catarata e cirurgia em clínica oftalmológica;
11. Avaliação com cardiologista em hospital estadual na Serra-ES.

CRISTAL

Viver é um descuido prosseguido.
Mas quem é que sabe como?
Viver... o senhor já sabe: viver é etcétera...
Guimarães Rosa

Cristal é uma mulher com quarenta anos de idade, obesa, negra, nascida e criada no município da Serra-ES, tem ensino fundamental incompleto, casada há dez anos e possui uma filha de quatro anos de idade. Ela era dona de casa e o seu marido estava desempregado, ocupando-se de fazer “bicos”.

Ao iniciar o encontro, ela demonstrou-se um pouco desconfiada, mas rapidamente tomou aquele bate-papo em suas mãos e, com jeito bastante extrovertido, deixou-se pertencer àquele momento tanto quanto às cenas relatadas.

Cristal – obesa desde adolescência – começou narrando que sempre foi uma pessoa bastante alegre, divertida, que conquistava facilmente a amizade das pessoas pelo seu bom humor e sempre foi muito querida por todos os familiares.

Ela contou que há pouco mais de dez anos, começou a sentir dores fortes e constantes na cabeça, principalmente quando comia muito doce, mas, que nessa época, ainda não tinha o diagnóstico de nenhuma doença estabelecido, pois não procurava o serviço de saúde:

[...] Eu sentia muita dor, muita dor de cabeça [...] comia muito doce. (Cristal)

Nesse mesmo período, nos meados de 2005, Cristal referiu que foi a uma festa de aniversário da família e, após comer muito doce e beber muito refrigerante, sentiu fortes dores na cabeça, sendo levada pela mãe a uma clínica particular, pois seu marido pagava plano de saúde naquela época:

[...] Aí eu senti muita dor de cabeça, mas, nesse dia do aniversário, foi muito forte. Aí eu tive que ir lá [...] Aí ela (médica) suspeitou de pré-diabetes. (Cristal)

Cristal foi medicada ainda na clínica, mas retornou para casa sem nenhum tipo de orientação quanto ao seu estado de saúde. Porém, as dores de cabeça continuaram e Cristal, depois de três dias, voltou à mesma clínica para uma nova consulta, ocasião em que foi submetida ao teste de tolerância à glicose, tendo sido revelado o diagnóstico de DM:

[...] Aí depois senti dor de cabeça forte, pela segunda vez, aí ela (médica) fez um exame lá com negócio docinho [...] aí deu diabetes mesmo. Era muita dor de cabeça, a cara ficava inchada. (Cristal)

A partir daquele momento, Cristal teve a sua vida marcada por restrições alimentares, estímulo à atividade física, uso de medicamentos e orientações de supervisão constante de saúde. Cristal foi então encaminhada pela médica para acompanhamento na unidade de saúde do seu bairro.

Cristal procurou a unidade de saúde, apresentou à enfermeira os exames que havia realizado na clínica particular e o relatório preenchido pela médica que a encaminhou. Após passar pela consulta de enfermagem e médica, alguns exames foram realizados e depois de uma semana, além do diagnóstico de DM, teve confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Aí eu vim pra cá, pra esse posto. Aí repetiu os exames tudo de novo [...] falou que eu tinha diabetes e pressão alta. (Cristal)

A partir daí, foi realizado o cadastro no SISHIPERDIA e Cristal foi orientada a realizar uma dieta com restrição de carboidratos e lipídios, a fazer atividade física com frequência e utilizar medicações diárias, para manter o controle glicêmico, níveis pressóricos adequados e evitar complicações advindas das doenças. Entretanto, Cristal abriu mão das orientações repassadas na unidade e continuou se alimentando de forma inadequada, produzindo um ganho de peso acelerado e aumento da glicemia constante.

Eu não penso nada não. Me dá vontade de comer, aí eu como. (Não faço dieta) porque é muito cara (a comida) e muito ruim. [...] Não (faço exercício). Só aqui mesmo. Eu varro tudo, passo pano, vou levar menino e deixo menino na escola, faço comida, lavo roupa, estendo, guardo [...] Só esse daí que é o meu exercício. Tem vez de noite que eu sento aqui e fico cansada. É por isso que eu não caminho [...] eu já luto o dia inteiro. (Cristal)

Um ano após o diagnóstico de DM e HAS, Cristal começou a sentir desânimo e fraqueza diariamente. Procurou a unidade de saúde e marcou uma consulta com o

médico de sua equipe. Na consulta, Cristal relatou todos os problemas que estava passando. O médico avaliou a sua situação e pediu uma série de exames.

Segundo Cristal, a coleta dos materiais para realização dos exames se deu na própria unidade de saúde e os resultados chegaram uma semana depois. Tais resultados apontaram alteração na glicemia e altos níveis do hormônio tireoestimulante (TSH), dado que surpreendeu a médica que a acompanhava, o que levou a mesma a solicitar a repetição do procedimento por mais quatro vezes consecutivas:

Aí eu fui lá no posto pedir uns exames, mas aí a taxa de [...] deu alta. TSH sei lá, né? Deu alta. Aí repetiu um monte de exames. Mais de quatro vez particular. Aí vim pro posto também e a mulher (a médica) “Não, esses exames tá errado. Não tem condições não, desse negócio ficar tão alto assim não”. Aí tava alta e repetiu umas quatro vezes. Aí (a médica disse) é que eu tinha mesmo e (me encaminhou) na endócrino lá em cima na policlínica. [...] Demorou (encaminhamento) naquele tempo, mas agora é mais rápido, né? (A consulta com a endocrinologista) acontece de três em três meses. (Cristal)

Quando Cristal começou o acompanhamento com a endocrinologista, foi detectado apenas um nódulo em seu pescoço que, submetida à punção, revelou-se benigno. Com o passar do tempo, foram surgindo vários outros nódulos flutuantes, dificultando novas punções, sendo recomendada cirurgia para exérese dos mesmos. Até a finalização deste estudo, a cirurgia não havia sido marcada, por conta do excesso de peso e alteração glicêmica em que a mesma se encontrava.

Ela (médica) quando foi cuidar, eu tinha só um carocinho. Agora já tem um monte [...] e não precisava de cirurgia porque só tinha um. Agora já tem um monte e ela passou cirurgia. [...] Tem um monte. Fiz pulsão e não deu [...] deu negativo para magnitude, mas não dá pra pegar todos os caroços pra fazer pulsão, aí ela quer que faz cirurgia agora pra tirar. Tá lá no posto (encaminhamento para cirurgia), mas não marcou, porque ela nunca (funcionária da unidade de saúde) me chamou. Eu fico com medo desse monte de caroço aqui, eu fico com medo desses caroços. Se eu não operar eles, porque tava normal, né? [...] Só que agora eles viraram caroços orgulhantes, então, eles estão descendo isso aqui [...] esses dias eles estavam pra cá (apontou o lado direito do pescoço). Aí eu fico com medo assim, né? [...] E as dores, porque eu sinto muitas dores, né? Ontem mesmo tava aqui assim [...] latejando aqui ó (apontou o pescoço). (Cristal)

Cristal contou que um dos acontecimentos mais marcantes de sua vida foi a gravidez e o nascimento de sua filha, há cerca de quatro anos. Entretanto, foi uma gravidez de alto risco, marcada por obstáculos ocasionados pela obesidade e as enfermidades que ela enfrentava.

A descoberta da gravidez e assistência pré-natal se deram na própria unidade de saúde, com acompanhamento e cuidados necessários, prestados pela equipe multiprofissional a uma gravidez de risco.

Durante a gravidez, Cristal continuava a comer de forma frequente e irregular, e seus níveis glicêmicos persistiram altos, mas o desenvolvimento fetal progrediu sem grandes complicações. Chegando ao final de sua gestação, Cristal foi internada em um hospital filantrópico de Vitória-ES, para fazer o controle glicêmico e o parto cesáreo. A internação durou trinta dias, sendo que quinze dias foram antes do parto.

Já (engravidei). A médica tirou ela com oito meses por causa do diabetes [...] porque se não ela corria o risco de morrer dentro da barriga por causa do diabetes. Diabetes alta, aí ela podia morrer. Mas eu fiquei internada lá por causa da dieta, né? Pra baixar (glicemia), [...] aí quando baixou ela (médica) tirou ela. Ela nasceu com quatro quilos e pouco, quase cinco. Depois não deu nada não e eu vim embora. (Cristal)

Além da obesidade grau III⁷, Cristal convivia com intensas dores e envergadura da coluna vertebral ocasionada pelo tamanho aumentado de suas mamas.

Seu maior desejo, no momento da entrevista, era realizar uma mamoplastia redutora, mas essa ainda não tinha sido possível devido à obesidade e sua dificuldade de perder peso.

Gente, eu sofro muito com isso aí ó (gigantomastia). Eu tenho que sair, boto sutiã. Lá na rua mesmo, dá vontade de tirar as alças do sutiã, aí eu tiro; aí que alivia, mas mesmo assim, se eu emagrecer, igual eu já emagreci, igual lá no Hospital (filantrópico) quando eu fui ganhar neném, uma mulher foi lá visitar não sei quem e falou pra mim que mesmo eu emagrecendo, eu tinha que fazer a cirurgia [...] “quando você ganhar neném você dá um jeito [...]”. Mas mesmo eu emagrecendo, igual eu emagreci aquele dia, doía bastante; parece que doía mais. Eu emagrecia e parece que ele pesa mais ainda. Mesmo se eu emagrecer não diminui não. Eu achei que pesou mais. Então, o que me atrapalha muito é o peito. (Cristal)

Por ocasião da entrevista, Cristal também queixava-se de dormência nos pés e nas mãos, mas referiu não realizar nenhuma ação preventiva, no tocante ao desenvolvimento de ulcerações nesses locais.

Um dia eu estava estendendo a roupa e, eu sou meio estabanada, bati a mão numa lasca de pau e entrou no dedo. Aí eu achei que quebrou, mas quando coloquei a agulha, chegou a sair sangue. Quando eu lembrei, o dedo já estava dessa grossura aqui, ó (demonstra com a mão o calibre aumentado do dedo). Todo dia de noite eu chorava. E minha filha falava: “Mãe, se a senhora ficar chorando eu vou lá pra fora, viu?”. E eu ficava no sofá chorando: “Meu dedo, neném”. E aqui (o dedo) tudo quente e eu chorando. Depois começou a doer meu corpo todo e eu ficar chorando. Aí fui lá (na Unidade de Pronto Atendimento) e mandou (o médico) eu colocar quatro a cinco vezes por dia na água norma. E me deu uma injeção aqui na veia e a diabetes estava de 254 (mm/dl) e me deu insulina. Aí meu dedo sarou. [...] Eu tava notando de uns dias pra cá, sentindo umas dormências nos pés. Eu tô achando. Essa

⁷ Atualmente, Cristal, com 1,68 m, pesa 122 kg. Calculando o índice de massa corporal (IMC), disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) (2014), obtém-se o IMC de 43,23 kg/m², sendo classificada em obesidade grave (grau III).

unha tem alguma coisa aí. E as das mãos também. Mas é só os dedos, olha.
(Cristal)

À primeira vista, a vida de Cristal parece ser “um descuido prosseguido” como diz Guimarães Rosa (p. 91, 1994). Mau gerenciamento de sua vida: alimentação inadequada, refratariedade terapêutica, entre outros. Entretanto, em meio aos desafios, percebe-se uma mulher que dribla os problemas, vivendo com bom humor e cercada de pessoas que a amam – momentos de alegria.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRISTAL: REPRESENTAÇÃO VISUAL



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRISTAL**

1. Busca por atendimento em clínica particular;
2. Acompanhamento na UBS Jardim Carapina;
3. Acompanhamento com a endocrinologista;
4. Parto em hospital filantrópico em Vitória-ES;

ESMERALDA

Porque eu só preciso de pés livres, de mãos
dadas, e de olhos bem abertos.
Guimarães Rosa

Esmeralda é uma senhora de noventa e quatro anos de idade, negra, aposentada, evangélica, natural do município de Mucuri-BA, mas mora no município da Serra-ES há mais de vinte anos. Ela é viúva, mora sozinha, mas conta com a assistência permanente de seus filhos, que moram no mesmo quarteirão, e de uma moça, que cuida dela e de sua moradia.

Ao nos aproximarmos de sua casa já a avistamos sentada em sua cadeira de rodas, à nossa espera, e acompanhada de sua cuidadora, que estava varrendo o quintal.

Esmeralda é uma senhora bastante atenciosa e, apesar da idade avançada, se lembrou de muitos fatos importantes de sua vida, e se emocionou várias vezes, ao falar da sua caminhada até aquele momento.

Naquele dia, Esmeralda estava muito feliz, pois no dia anterior, dia das mães, sua família havia preparado uma festa para homenageá-la.

Estou bem. Ontem foi dia das mães, passei na casa da minha filha. Vi meus netos, meus bisnetos, meus filhos e o pastor, porque eles vão lá na igreja dela. Fez um culto muito, muito feliz lá pra nós ontem, graças a Deus. Um dia muito feliz. (Esmeralda)

Há mais de dez anos, quando ainda morava no município de Linhares-ES, Esmeralda começou a sentir muitas dores nas pernas e constipação intestinal frequente. Buscou ajuda com um médico de lá, mas não teve nenhum diagnóstico estabelecido. Os sintomas continuaram, até que uma de suas filhas a levou para atendimento médico no município de Vila Velha-ES, ocasião em que teve revelado o seu diagnóstico de DM.

Eu não alembro mais, fi. Faz muito mais de dez anos. Eu senti muita dor no corpo e uma dor nas pernas que não passava. Tinha dia que eu não dormia

a noite com tantas dor nas pernas e fiquei muito ressecada. Ficava quase quinze dias sem [...] no banheiro. Isso tudo me acompanhou, né? Eu vim de lá de Linhares porque o doutor uma vez [...] depois a gente via que não dava, porque ele não passava remédio. O primeiro médico que eu procurei, eu alembro o nome dele, ele morava lá em Vila Velha. Aí eu vinha de lá de Linhares, passava na casa da minha filha e ela me levava lá. Era muito bom e foi com ele, que Deus me abençoou, que eu sarei. Disse que eu tinha diabetes e sofria úlcera (gástrica). Ele passou muito remédio pra mim. Deus abençoou que sarou. A úlcera eu não sinto mais nada. Tomei remédio com ele muito tempo e eu acho que foi com ele mesmo que eu fique mais melhor [...]. (Esmeralda)

Experimentando um quadro de melhora, Esmeralda, por um tempo de aproximadamente dois anos, não procurou qualquer atenção à saúde. Morava com um de seus filhos, em Linhares-ES, mas, a partir do casamento deste e do desentendimento com a nora, decidiu mudar-se para Serra-ES.

[...] Depois vim embora pra cá e não procurei mais médico mais e fiquei por aqui dois anos sem procurar médico. (Me mudei pra cá) Porque meu marido morreu, meus filhos tudo criado. Aí eu vivia junto com um filho solteiro. A minha filha casou e não viveu com um marido, ganhou um neném e ia dar pros outros e eu não deixei ela dar. Eu tomei pra mim. Então isso foi me ajudando a dar criação à menina. Nós (subentende-se o filho e ela) criou a menina. E ele falava assim “Mamãe, eu não sei, Mamãe.” Ele já é um rapaz de idade. [...] “Mamãe, eu tenho medo de arranjar uma família e a senhora não puder ficar comigo”. Eu disse “Meu filho, eu não tenho um filho só. Se eu não puder ficar com você, eu procuro outro”. “[...] Se não poder viver com você, eu procuro um outro filho. Eu não vou viver só”. Vocês são quatro, quatro não, são seis filhos homens. Morreu dois. “Vocês são seis [...]”. Eu procuro outro. E ele ficou, ficou e arrumou que casou. Aí quando ele casou, com três meses, eu e a mulher já começamos a brigar. Começou mudar as coisas. Não dá certo. Eu falei “meu filho, eu vou me embora”. Eu tinha esse terreno aqui e eu vou me embora. “Mamãe, eu não quero que a senhora vai embora, porque a senhora vai sofrer” disse o filho. “Eu não vou sofrê não. Tenho uma filha, tenho um filho. Eles vão me ajudar até eu adquirir um barraco pra mode eu ficar. Meu filho, eu não vou ficar aqui, que se eu ficar aqui, vou desmanchar seu casamento. Eu não vou aguentar desaforo. Então, meu filho, eu vou me embora” falei pra ele. Aí eu arrumei minha mala, ponhei a menina. Ela já estava desde tamanho assim (demonstra a altura da menina, aproximadamente um metro). Nós despediu dele e ele ficou chorando. Quando eu cheguei, o meu genro [...]. Ele arranhou um barraco pra mim aí eu vim. Peguei, entrei e fiquei ali dentro. Ele foi e fez meu barraco aqui (atual casa). Fez meu barraco, entrei pra dentro com ela. Eu sou aposentada, todo mês pego meu dinheirinho pra minhas despesas e nós duas fomos vivendo. Até que ela arranhou um bravo e casou e acabou só arranhou dois filho, largou ela e foi embora. (Esmeralda)

Já com a glicemia descontrolada, neuropatia diabética e sem o acompanhamento constante na unidade de saúde, Esmeralda começou a apresentar ulcerações em ambos os pés, foi levada pela filha ao hospital e, entre idas e vindas, teve suas duas pernas amputadas.

Eu tinha [...]. As pernas começou a pocar os dedos. Tentou cuidar, mas viu que não deu. Os dedos (pé direito) começou a cair. Tem o dedo comprido grande e depois aquele ali (segundo pododáctilo) foi o que começou a ruinar. Quando chegou no fim soltou a juntinha ali assim. Depois foi indo e tirando um dedo. Pra tirar o dedo, eu fiquei quinze dias no hospital. [...]Dório Silva

(hospital estadual localizado no município da Serra-ES). No meio de semana me levava no (Hospital) Santa Rita (hospital filantrópico localizado em Vitória-ES). Lá em Santa Rita, mas eu acho que foi lá que eu fazia os exames. E quando tirou, ficou seis meses e depois estourou outras vezes entre os dedos grande, aí que foi arruinando. Vim pra casa. Aí tirou dessa perna (direita), aí não levou um ano e já pocou o outro outra vez. [...] Ficava pretinho. Só vendo como é. Aí não levou tempo nenhum e começou arrebentar entre os dedos do outro pé (esquerdo). Era uma dor que eu não dormia, não dormia [...]. Não podia comer. Na hora que ia colocar o prato pra almoçar, aquilo começava a doer e não podia. Arriava o prato pra lá de tanta dor. Primeiro eles tiraram um três dedos do pé e só deixou dois. Aí fiquei, gente, [...] e eu no hospital já tava internada. Aí fiquei, mas aquilo doía tanto, que eu não dormi e nem deixava minha filha sossegada. Aí o medico veio e falou assim “É Dona Esmeralda, eu tô fazendo tudo pra não deixar a senhora sem perna, mas estou vendo que não vai dá. Eu vou arriscar [...]”. Fiquei pelejando ainda pra, se Deus abençoar, não arruinar o outro pé. Mas o médico falou “Eu vou tirar, mas o outro pé vai arruinar”. Eu sempre ia na unidade fazer curativo. Lavava, banhava, passava pomada, mas não teve jeito. (Esmeralda)

Depois da amputação da perna esquerda, Esmeralda ficou cuidando do coto por mais seis meses até a cicatrização se concretizar.

Nessa perna aqui mesmo (esquerda), ficou muito tempo. Ficou mais de seis meses só cuidando. Depois que tirou essa perna ficou uns seis meses só saindo uma aguinha. Saía aquele cheiro ruim. Só vendo. Tirou acima do joelho. Cuidava em casa mesmo. Quem tirou os pontos? Eles (os filhos) me levaram lá (no hospital) pra tirar. Trouxe pra casa e depois quando deu tempo de tirar (os pontos), me levaram pra lá. E chegou lá e tirou. (Esmeralda)

Esmeralda ainda não tinha cadeiras de rodas e, naquela época, passava maior parte do tempo deitada na cama.

Ainda não (tinha cadeira de rodas). Ficava na cama. Meu filhos que comprou. Eu tenho meus filhos. Tenho quatro filhos homens. Essa aqui já é a segunda. Alias já acabei com três cadeiras. (Esmeralda)

Depois desse acontecimento, Esmeralda passou a se preocupar mais com sua condição de saúde, buscou acompanhamento com a Equipe de Saúde da Família local, começou, mesmo com algumas dificuldades, a gerenciar sua doença.

Eu tomo tanto remédio que eu nem sei. Tomo comprimido e insulina. (Quem aplica são) minha filhas, minhas netas [...]. (Depois que tomei consciência que tinha diabetes mellitus, minha vida) mudou. Negócio de pinga eu nunca tomei, mas nem refrigerante eu tô tomando agora, porque não pode tomar por causa da diabetes. A comida mudou [...] é arroz, feijão. Eu não como um doce. Eu não acho isso bom não, porque eu tenho vontade de comer. Vontade de tomar um refrigerante. De vez em quando sim. Eu falo “Gente, eu não quero muito, quero só um tantinho assim. Quero só um pouquinho.” Eu pedia a ele (o neto) “Compra meu filho e me dá um pouquinho”. Ontem mesmo, eu tive na casa da minha filha e teve bolo, teve refrigerante, teve churrasco e nada disso eles me deram. Minha neta passou e eu disse “Ô filha, me dê ao menos um pedacinho de carne pra mim”. (E ela) Deu. (Esmeralda)

Esmeralda nunca fez o uso de bebidas alcoólicas, mas começou a fumar quando era criança e parou quando tinha, aproximadamente, trinta anos de idade.

Graças a Deus eu nunca bebi. Minha mãe fazia garrafada pra tomar e ela me dava um copinho e eu já ficava tonta. Eu falava “Mamãe, posso beber esse negócio não. Muito forte”. Nunca bebi cachaça e nem cerveja. [...] Fumar, eu fumei até uma época de trinta anos. Comecei criança, porque eu tinha minha vó dentro de casa e ela fumava cachimbo. Mamãe brigava. Mamãe falava “Esmeralda, se eu ver você com esse cachimbo na boca, eu vou quebrar a sua boca”. Mas eu fumava escondido. Minha vó mandava acender o cachimbo pra ela. Minha vó tava velhinha, quase como eu tô aqui. Ela falava “Minha filha, acende esse cachimbo aqui, minha filha”. Eu ia lá, enchia o cachimbo de fumo, acendia e ia tragando até entregar minha vó. Você tem que fumar pra mode acender, né? Aprendia assim. Tinha hora que minha mãe batia, puxava minha orelha, mas ela não batia na vista da minha avó. (Esmeralda)

Há mais de cinco anos, ela apresentou complicações em sua visão. Recentemente, ela passou por consulta com oftalmologista, mas a cirurgia não foi recomendada devido a sua condição de saúde.

Agora enxergar que quase não estou enxergando quase nada. Só neve. Eu estou vendo o senhor (o pesquisador), mas vejo uma nuvem. Já deve ter uns cinco anos desses jeito. Eu fui pra fazer, mas não pude fazer os exames. Era pra mode fazer [...] Eu estou desde de janeiro a minha nora levando pra ver se fazia o tratamento nas vistas, mas não pode por causa da diabetes. Falou que não podia mexer nas vistas mode o diabetes. Pode fazer cirurgia não. Eu fui pra fazer exame nas vistas pra pegar o óculos. Fui fazer exame e fiquei sem o óculos. (Esmeralda)

Além do mais, recentemente, Esmeralda apresentou alterações periféricas em ambas as mãos, fato que gerou bastante preocupação para a mesma.

[...] Agora eu tô vendo que minha mão tá ruinando. Começou uma mancha preta aqui, mas agora não tá preta muito não. Ficou pretinha essa mão e a unha roxeou tudo [...] essa daqui (mão direita), mas [...] adormeceu essa mão todinha. Eu tô pensando “Meu Deus e meu Jesus, não deixa não [...] Jesus não deixa eu ficar sem minhas mãos. Porque minhas pernas já foi. (Esmeralda)

Por conta das complicações do DM, a vida de Esmeralda era cercada de limitações.

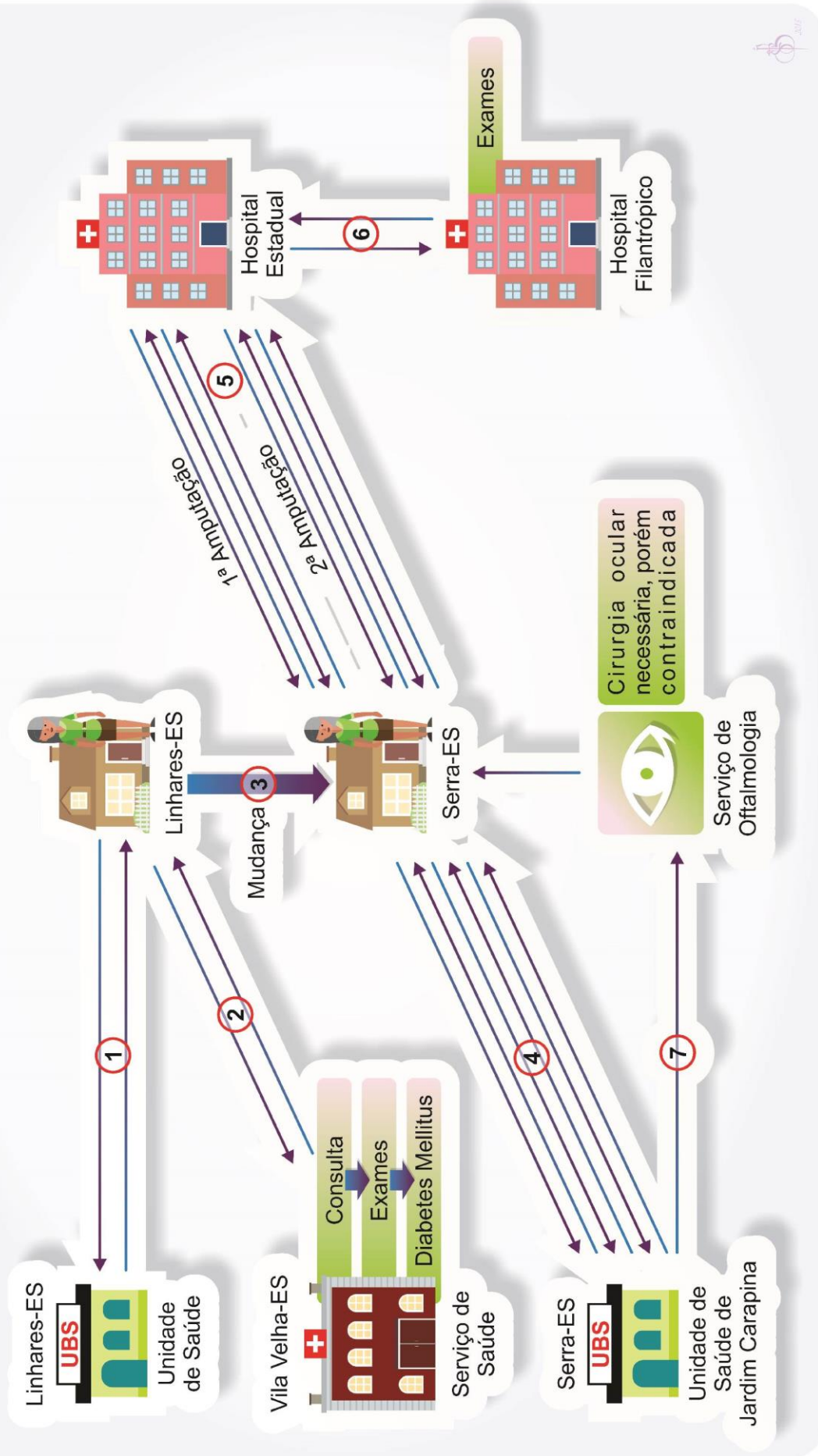
Eu fico aqui assim sentada. Televisão eu assisto, mas ruim pra enxergar. Fico com meus netinhos e bisnetos aqui. Nem televisão minhas vistas não dá. Até umas costurinhas que fazia na mão, eu não posso mais. Eu sabia (cozinhar), mas hoje não dá pra fazer nada. Meus filhos que trazem a comida pra mim. Essa menina que está aqui, cozinha pra mim e minha filha. Os filhos tudo. Tem uma filha que vem e fica dois, três dias comigo. [...] Vou ali lavar meu rosto. Por causa desse alto (da pia) aí, as vezes é ruim. Dentro de casa eu ando tudo, subo na minha cama, deito quando eu quero. (Esmeralda)

Durante boa parte do encontro, Esmeralda ressaltou, por várias vezes, que o seu maior sonho era ser uma pessoa independente para poder fazer todas as atividades sozinhas. Ela, por várias vezes, se queixou de dor fantasma nos membros inferiores.

Eu sinto. Tem dia que eu sinto. Sinto tanta falta. Um dia desse eu levantei de manhã cedo e quando foi, por uma coisa, eu tinha caído. Eu pensei que eu tinha minhas pernas. Eu ia pelejando pra descer da cama. Aí minha filha gritou “Mamãe, o que a senhora vai fazer aí?”. Eu esqueci. Pra mim, era como se eu tivesse pernas. E eu fico assim né? Com que minhas pernas dói muito. Como que tenho as pernas. Dói até em baixo. Parece que minhas pernas tá aí. Eu tenho um sonho que eu queria ser um pessoa pra mim andar, ir na igreja, voltar, zelar com minhas coisas, zelar o meu barraco, zelar o meu cantinho onde eu ficar. É o desejo que eu tenho. Zelar meus filhos e meus netos. Tem muito neto, mas até que neto não é muito, mas bisneto é demais. Eu tenho muito bisneto. (Esmeralda)

Entre o desejo de viver com mãos dadas, pés livres e olhos bem abertos; Esmeralda passou, ao longo de sua história, por vários problemas que trouxeram reflexões acerca do gerenciamento de sua vida. As amputações desenharam uma nova forma de seu viver, despertou-lhe o autocuidar que, juntamente com o apoio da família, coadjuvou sua chegada aos noventa e quatro anos de vida.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ESMERALDA: REPRESENTAÇÃO VISUAL



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ESMERALDA**

1. Consulta na unidade de saúde em Linhares-ES;
2. Atendimento médico em Vila Velha-ES;
3. Mudança para Serra-ES;
4. Acompanhamento na UBS de Jardim Carapina;
5. Amputação das pernas em hospital estadual da Serra-ES;
6. Realização de exames em hospital filantrópico em Vitória-ES;
7. Consulta com oftalmologista.

JADE

Tudo o que muda a vida vem quieto no escuro, sem preparos de avisar.
Guimarães Rosa

Jade é uma senhora de sessenta e três anos de idade, parda, analfabeta, aposentada, natural do município da Serra-ES, divorciada e que mora sozinha.

A Agente Comunitária de Saúde 1 e eu estávamos conversando enquanto caminhávamos em direção à casa de Jade para iniciar o encontro e, de forma surpreendente, uma senhora com passos lerdos, vestimentas simples e puxando um carrinho de mão é avistada ao longe – era ela. Ao se aproximar, Jade não percebeu a nossa presença, pois sua visão estava comprometida e a aproximação só ocorreu porque ela reconheceu a voz da Agente Comunitária de Saúde 1.

Jade estava queixando-se do cansaço e pediu para sentar no banco da praçinha. A Agente Comunitária de Saúde 1 me apresentou a ela e o papo começou a fluir de forma natural. Ela pediu para que o encontro fosse realizado ali mesmo na praça, pois precisava ir à quitanda comprar frutas e verduras; e o retorno à sua casa, para o encontro no qual se daria o contato e assinatura do termo de compromisso, a deixaria exausta.

Jade era uma senhora simples, calejada pela vida, sua voz soava baixo – quase sussurrante –, como que a combinar com o seu olhar – sempre baixo. Na hora lembrei-me de Estamira⁸. Ela narra sua vida com bastante emoção e tem esperança que, apesar dos problemas que passou, as coisas sempre tendem a melhorar.

⁸ Estamira é uma senhora de sessenta e três anos de idade, possui distúrbios mentais, que há vinte anos trabalhava em um aterro sanitário. Tornou-se a principal personagem do livro de Marco Prado, Jardim Gramacho, sendo retratada em um capítulo especial. Posteriormente, o projeto foi ampliado, dando origem ao documentário (desta vez, totalmente dedicado à Estamira e que leva seu nome) e a um site (www.estamira.com.br), no qual estão disponíveis diversas informações sobre a obra, como depoimentos, sinopse e trailer, entre outras (SANTOS; FUX, 2011).

Jade conta que, desde criança, enfrentou crises severas de epilepsia. Entretanto, a mesma só iniciou o acompanhamento psiquiátrico e terapia medicamentosa há doze anos, depois de cair na rua, ser socorrida por um grupo de pessoas e ser levada a um hospital.

Eu acho que comecei com esse negócio da pelepsia desde criança. Tinha vez que eu dava desmaio no meio da rua, porque eu saía pra pedir e também para poder ajudar sustentar minhas netinhas. Então, teve um dia que eu caí ali detrás de uma turma ali. Os rapaz viram e chamaram a ambulância. Dá um negócio assim, um negócio que eu fico tonta assim [...] não conheço mais ninguém. Agora desde que eu tô tomando esse negócio (medicamento) da pelepsia. Tomo remédio direitinho, não voltou. [...] Muitas vezes caía. Cortava a língua toda. Quantas vezes eu fui ali na Santa Casa. Eles (profissionais de saúde) me acordavam no meio da rua pra poder saber o que que é. Eles não falavam nada não. Passava mal, ele acordavam e eu caía no meio da rua. (Jade)

Há cerca de dez anos, Jade começou a perceber que sua saúde estava ficando cada vez mais debilitada. Eram constantes os episódios de tonteira intensa, dores no corpo e gripe, sendo que, inicialmente, foram tratados com chá de arnica.

Percebendo que os sintomas não passavam, Jade decidiu então procurar sozinha a unidade de saúde do bairro.

Chegando à unidade de saúde, Jade marcou uma consulta, passou pelo médico, realizou alguns exames, sendo constatado que tinha, além da epilepsia, DM, HAS e anemia.

(Antes de procurar a unidade de saúde) Tomei anica sim. Antes de ir no posto eu sentia aqueles dor forte, né? Assim nas costas [...] Assim tudo. Tive diretamente o negócio assim: uma fungação de nariz. E tentei [...] Esses dias eu fiquei muito gripada, mas vinha aquele negócio, aquele mal cheiro de dentro do nariz assim (Coloca o dedo no nariz apontando). Toda essa parte aqui ó. E febre. Tive muita febre, gripe [...]. Eu fiz o exame de sangue, né? Ai disseram que era diabetes, né? Depois anemia no sangue. Comecei com as tonteiras forte, o corpo doía tudo, as veias do pescoço [...]. Ai era hipertensão e diabetes. [...] Fui sozinha, porque eles (a família) não ligam pra mim. Eu só tenho um filho, mas ele não liga pra mim. (Jade)

A partir dos diagnósticos de HAS e DM, Jade foi cadastrada e acompanhada pelo SISHIPERDIA, orientada quanto às mudanças com alimentação e atividade física. Entretanto, ela contou que nem todas as recomendações eram seguidas, pois alguns alimentos eram caros e ela utilizava o dinheiro da aposentadoria para ajudar as suas netas, pois seu filho estava desempregado.

[...] Eu vou (na unidade), faço a consulta e ela (médica) marca pra três mês. Ponha a folha (prescrição) que ela marcou, que não é pra ponhar mais, que já acabou, que é pra marcar nova. [...] Nem todos os alimentos eu compro,

porque o dinheiro não dá. [...] O pouco com Deus é muito e o muito sem Deus é nada, porque antigamente eu não tinha esse salário [...] dá pra eu fazer a minha comprinha e comprar mais alguma coisinha, graças as Deus, né? [...] Bom, eu ajudo a minha netinha. Ajudo minhas netinhas quando eu vejo [...] meu filho está desempregado, então eu ajudo também. Eu tenho um coração assim de vê alguém passando necessidade de uma coisa, eu quero ajudar. (Jade)

Jade relatou que, além da unidade de saúde, costumava procurar cuidados de saúde na UPA, quando apresentava crise hipertensiva.

(Quando a pressão sobe) fico assim tremendo, tremendo, tremendo e dói o corpo todo e as veias; os pulsos fica tudo doendo, aí eu vou lá [...] na UPA lá. (Jade)

Referiu que, há bastante tempo, começou a sentir dificuldade para enxergar, mas há apenas três meses procurou um oftalmologista, em uma clínica particular em Laranjeiras (bairro da Serra-ES). Após passar pela consulta e alguns exames, o médico a informou que ela tinha catarata e que precisava fazer uma cirurgia com urgência. Para isso ela foi, então, orientada a procurar a unidade de saúde para marcação da cirurgia pelo SUS.

A visão? Esquecida. As pessoas, quer dizer, eu vejo as pessoas por aqui que eu conheço, muito tempo por aqui [...] às vezes pela voz. Tá tudo branco. Foi lá na Clínica dos Amigos. Lá foi lá. Ali em Laranjeiras. Falou que eu tô com catarata [...] que era causo de urgência. Eu fiz particular. Particular pra saber quando a causa da urgência disso aqui. Pra saber porque eu tinha esse negócio de tá [...] e ele mandou o papel e eu levei lá e elas (profissionais da unidade de saúde) marcar, mas inté agora elas num mandaram. Eu falei lá com as meninas. Mas inté hoje elas não marcou ainda. Bom, eu dei o papel pra marcar e pra poder fazer a raspagem. Junta tudo branco. Assim [...] de pertinho eu enxergo, se ficar de longe, num enxergo. Não, tudo branca. [...] É, esperando as vistas, pra poder ir fazer raspagem pra poder tirar, pra poder enxergar melhor. (Jade)

Recentemente, Jade apresentou dificuldade de micção e tonteiras. Buscou cuidado na unidade de saúde, passou por consulta médica e realização de alguns exames. Os resultados demonstraram infecção urinária e anemia, sendo recomendada a terapia medicamentosa e retorno à unidade de saúde, caso os sintomas não diminuíssem.

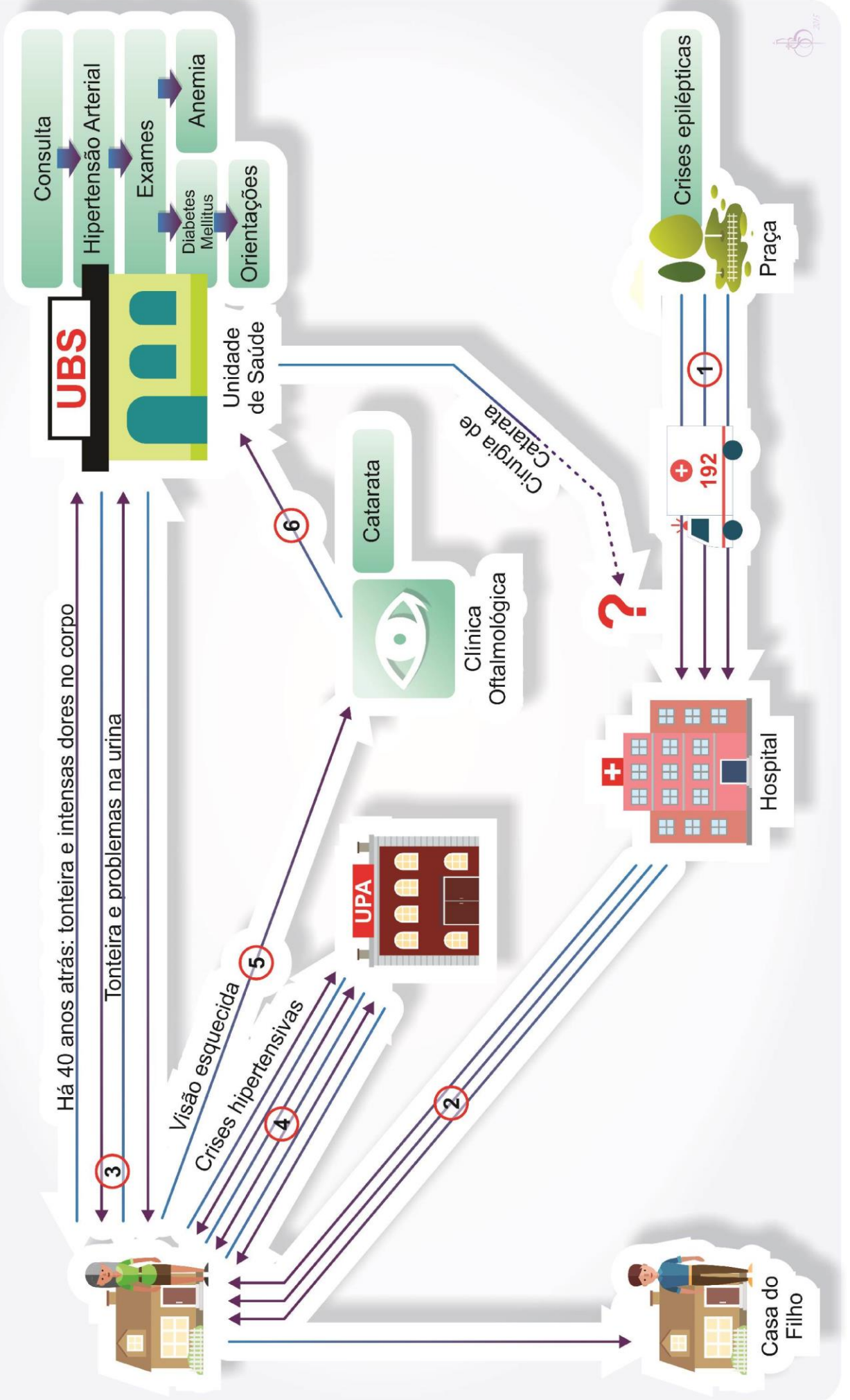
[...] (Tive) problema na urina. Passaram remédio que era desinflamatório. Passou o negócio [...] Como é que é, meu Deus? Anemia no sangue. Deu anemia. Agora eu não tô mais sentindo a tonteira. Eu tomei os remédios que aquele médico passou. Eu esqueci o nome dele. [...] Aí eu tomei, mas eu não tô mais tomando eu remédio não, esse não. Somente isso. (Jade)

Além dos problemas de saúde apresentados por Jade, ela ainda se preocupava bastante com as netas que moravam em frente à sua residência, pois as mesmas não a respeitavam e estavam envolvidas com uso de drogas. Ela temia que, com o comprometimento da visão, essa situação piorasse ainda mais.

Vou até te falar que eu tô até com medo de ficar cega, que tem vez que as meninas (netas) daqui ó, eu não tô podendo ficar, porque as meninas foram na casa do pai e ele mora de frente assim e elas me respondem demais quando eu vejo elas fazendo umas coisas, eu vou dá conselhos e elas me xingam. [...] ACS 1, eu queria que você marcasse esses papeis pra mim, pra vê se faço a raspagem e fico boa logo. O que tá incomodando mais é isso: o medo de ficar cega dentro de casa e as meninas lá usando coisa ruim. Eu peço tanto a Deus para eu ficar boa. (Jade)

O temor de Jade, face à possibilidade de um dia nada enxergar, lhe angustia. Expectativa de mudança? Sim, mas ainda não se sabe... A cegueira vem quieta no escuro, sem preparos de avisar.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE JADE: REPRESENTAÇÃO VISUAL



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE JADE**

1. Atendimentos em hospital filantrópico de Vitória-ES, após crises epiléticas na rua;
2. Altas hospitalares;
3. Acompanhamento na UBS de Jardim Carapina;
4. Busca por cuidados na UPA;
5. Consulta com oftalmologista;
6. Encaminhamento para UBS de Jardim Carapina (aguardando marcação de cirurgia).

ÔNIX

Vivendo, se aprende;
mas o que se aprende, mais,
é só fazer outras maiores perguntas.
Guimarães Rosa

Ônix é um senhor de oitenta e dois anos de idade, branco, aposentado, nasceu em Aimorés-MG, mas mora no município da Serra-ES há aproximadamente quarenta anos. Atualmente, é divorciado, mora sozinho, mas seu filho, que mora perto, sempre presta cuidados a ele, quando necessário.

Ele é bastante simpático, receptivo e gosta muito de conversar. Já no início do encontro, ele demonstrou bastante interesse em narrar sua vida, e o processo de busca por cuidado, desencadeado desde que soube que tinha DM. O encontro fluiu de maneira bastante natural e prazerosa, pois ele se orgulhava das histórias vividas e das batalhas vencidas.

Ônix começou relatando que, desde novo, apesar das adversidades da vida, sempre foi um rapaz bastante esforçado e que gostava de trabalhar. Durante as atividades que exerceu – amansador de burros, dono de bar, carreteiro e caminhoneiro, dentre outras –, vivenciou bons e marcantes momentos.

Eu estudei, mas só à noite assim [...] com professor. Sabe onde é Baixo Gandu? Pois é. Era uma escola assim [...] por que eu tinha um bar. Eu estudava à noite. Eu tinha que carregar água para encher a caixa d'água. Eu tinha que carregar, né? E eu estudava, né? Fui um ótimo aluno. Fui um ótimo aluno. [...] Ah, eu trabalhei em cinco firmas. Tudo na gerência. [...] Isso (mostra um grande queleide no pé direito) foi quando eu tinha 12 anos, eu amassava burro, né? Aí eu fui fazer bonito, né? Lá na cigana. Eu tinha uma namoradinha. A cigana tinha doze anos também. Aí o cavalo caiu e escorregou numas pedras e era meio molado assim [...] a fazenda do meu tio [...] E o cavalo caiu com o corpo pra cá e as pernas pra cima. Aí eu peguei no freio dele pra rastar ele, não sei o que [...] Aí ele bateu uma ferradura aqui (no pé) e cortou. [...] Quando eu era carreteiro e caminhoneiro, à noite lá no Amazonas, naquelas estradas horrível [...] mata pura, estrada de chão; vinha um carro, quando a [...] eu fechava esse olho aqui ó (olho direito) é, sei lá pra que eu queria [...] Eu queria ver a placa, sabe pra que? Porque se a placa

fosse Rio de Janeiro, Espírito Santo e Bahia dava uma alegria na gente e a gente sentia bem. Se desse uma placa lá no nordeste a gente ficava triste, sei lá [...] a gente sentia muito isolado. Então eu fui orientado pelos outros, entendeu? Eu cheguei a ponto de dormir com olho aberto, entendeu? E aí já é no asfalto. Eu sou obrigado a falar, porque você está me ouvindo. Então, ó, na Castelo Branco do Paraná a São Paulo. Rio Bahia de, que ver? De Jequié a Vitória da Conquista, tinha uma reta de cinquenta e dois quilômetros. Então, eu dormia com olho aberto, entendeu? A faixa está contínua, né? Aí, ia, ia toda vida, né? Quando ia aproximando a curva, aí corta né? Invés na faixa ser correta, aí é aos pedaços. Aí eu tinha que fazer isso (faz movimento como se tivesse no volante) pra mim poder fazer a curva. [...]. (Ônix)

Na época em que se deu o encontro, Ônix não fumava e não bebia, mas fumou durante cinquenta e seis anos e, recentemente, passou a tomar vinho por recomendações médicas.

[...] Eu comprei um maço de cigarro “calton” [...] Eu só fumava cigarro caro, né? E comprei o cigarro [...] Eu fumava mesmo. E comprei o cigarro, abri o cigarro, bati assim e coloquei na boca, peguei o fósforo e “pá”. Quando eu levei assim (faz o sinal demonstrando como pegou o cigarro), joguei o fósforo fora e o cigarro fora e o cara ficou olhando assim. Fui lá e peguei, joguei o maço de cigarro no chão e fiz assim (faz demonstração como se tivesse pisando e amassando algo) e um rapaz ficou olhando [...] peguei e macei tudo e parei aí. Meu amigo (falou ele pra mim), fumava dentro de ônibus na época, entendeu? Aí, um dia um moço sentou do meu lado na janela do ônibus e usava fumar dentro do ônibus. Podia na época. Quando ele acendeu aquele cigarro [...] que vontade de fumar e aí vinha aquela fumaça [...] mas, eu senti um gigante, sei lá [...] uma coisa forte que me deu vontade de fumar demais, mas eu não fumei. Então, eu achei que ali foi a minha vitória, entendeu? E nunca mais fumei. (Quanto à bebida) Eu tomo isso aqui (demonstra a medida com os dedos) de vinho todo dia antes do almoço e da janta. Eu tenho em casa até [...]. Às vezes fica uma semana sem, né? Sempre tem um litro, né? Mas aqui ó [...] não pode passar disso aqui, ó (demonstra a medida com os dedos). (Ônix)

A revelação do diagnóstico de DM na vida de Ônix aconteceu há algum tempo. Há cerca de dez anos, ele começou com uma fraqueza e desânimo, decidiu procurar o pronto atendimento de um hospital universitário de Vitória-ES. Entretanto, nesse período, os funcionários do hospital estavam em greve, e ele ficou sentado a noite toda, aguardando atendimento. Após ser atendido, foram realizados alguns exames – estabelecendo o diagnóstico de DM –, prescrito soro e medicação intravenosa. Ônix contou que aquela permanência no pronto socorro foi bastante desconfortável, pois ele ficou muito tempo em pé e teve que compartilhar o suporte de soro com outra pessoa.

Olha, eu estava numa fraqueza, num desânimo [...] ruim mais ruim. Aí eu fui lá no Hospital das Clínicas, lá nos Eucaliptos. Cheguei lá eu fui internado. Tava tudo em greve, mas eu fiquei sentado a noite toda, inclusive engatado com aquele soro e em pé mais uma, mais uma moça. Quando que ela precisava ir lá no quartinho eu tinha que ir mais ela. Nós no [...]. Aí ela entrava pra dentro do banheiro e eu ficava do lado de fora. Aí quando eu precisava

era a mesma coisa. Nós ficamos lá [...] deixa eu ver, mais de quarenta e oito horas tomando soro, aí melhorei. Custou, custou [...] Ah, estava altíssima o meu diabetes, entendeu? Aí melhorou. (Ônix)

Após a alta hospitalar, Ônix comprou os medicamentos para o DM, retornou para sua casa e, no dia seguinte, comunicou à ACS da sua microárea sobre os acontecimentos dos últimos dias.

A ACS marcou uma consulta para ele na unidade de saúde. Chegando lá, ele realizou alguns exames, teve o diagnóstico confirmado de DM e foi encaminhado para acompanhamento com endocrinologista.

É importante frisar que Ônix já era acompanhado pela unidade de saúde, pois já tinha o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e fazia o uso de terapia medicamentosa há algum tempo.

A partir da descoberta do DM, a vida de Ônix passou por algumas mudanças. Sendo a principal delas, relatado por ele, as alterações na sua alimentação e a realização de exercícios físicos.

E, (a vida) mudou muita coisa. Eu parei de comer carne vermelha, porque a endócrino me falou que eu tinha muita proteína. E eu sei por que [...] eu fui carreteiro e só comia em churrascaria e era muito churrasco com pouquinho de arroz [...] mais era churrasco. Em casa, a carne produz o que? Ai meu Deus, como é que fala? Proteína, eu acho que é proteína. Então, a endócrino controlava isso tudo. Eu comia algum pedaço e ela falou assim “não pode comer, mas se não tem outra coisa, come. O seu negócio é galinha e peixe, carne branca”. Então, eu venho mais ou menos, mas de vez em quando eu como também. [...] Olha, leite desnatado, pão de sal. O mais é pão light. O integral também, sem ser light eu como, mas o pão que predomina é o light. Eu como dois pães por semana, desse grandão assim (demonstra o tamanho do pacote com as mãos), né? Eu compro dois, né? E dá a continha, os dois pra semana, porque eu como muito pão; e almoço e janta. Faço (exercício) deitado ainda [...] de manhã, à noite deitado. Eu pedalo. Quem me ensinou? Não, eu perguntei [...] Não, eu fazia, né? Ó, eu pedalava, pedalava e depois fazia as coisas pra cá e depois pra lá com os pé e depois pra cá, né? Entendeu, né? E, deitar e puxar essa perna assim, né? Depois eu faço assim, né? Aqui, né? Um pouquinho, né? Porque não pode ser logo e forte não, né? Aí vou aumentando, até que eu vou lá e volto cá e volta [...] entendeu, né? (Faz demonstração dos exercícios) [...] difícil, né? Só se a pessoa me chamar, né? Mas quando eu acordo, eu tenho que fazer, né? Perguntei o médico se vale a pena “Vale sim, prossiga!” o médico falou pra mim. (Ônix)

Com o acompanhamento endocrinológico e uso de medicação, Ônix conseguiu permanecer com os níveis glicêmicos em parâmetros adequados por bastante tempo. Ele elogiou muito o atendimento da endocrinologista, mas contou que, por

consequência das faltas às consultas, ele passou a ser atendido pelo médico da unidade nos últimos meses. Entretanto, ele estava insatisfeito, por conta da periodicidade do atendimento, prescrição das receitas dos medicamentos e rotatividade de profissionais.

Eu considerava ela (a endocrinologista) como um anjo pela orientação e carinho que tratava a minha pessoa. Eu não sei se é porque eu era velho, entendeu? Ela me tratava super bem [...] de forma que eu sentia forte, perfeito. [...] (A endocrinologista) manteve numa média de setenta e oito a oitenta (níveis de glicemia) em sete anos e mais anos. Agora que eu mudei pra aqui caiu (o atendimento) um pouco. Acho que é novo (o atendimento), né? Então, ainda não entrou no eixo, como diz na gíria. Mas é fácil. Eu iria pedir a Agente Comunitária 1 para pedir à minha médica, que tá atendendo agora, pra na hora que for dá a receita, ela pegar o cartão e colocar, ó: daqui dois meses, daqui três meses, ou daqui quatro meses, o senhor volta dia tal, entendeu? E é isso que eu quero. [...] a médica que tem me atendido, que está muito descontrolado. Eu quero assim: eu consultei hoje, entendeu? Então, daqui dois, três ou quatro meses, vamos supor, que ela pede, inclusive para [...] eu tenho uma receita de quatro meses. Eu nunca recebi uma receita de quatro meses. Tanto é que no máximo é três; dois-três, dois-três. Então, na hora que ela me dá as receita, na hora, entendeu? Aí ela marca o dia pra eu ir voltar na hora. Que eu já venho pra casa sabendo que daqui há dois meses, no dia tal, eu tenho que ir. Corria bem, mas depois que eu passei aqui (unidade) pra baixo, ó, virou ó. [...] Agora do jeito que tá, está descontrolado. [...] Aqui já teve umas quatro médicas que me atendeu e lá em cima só a endócrino que me atendeu. (Ônix)

Ônix convivia também com complicação em sua visão, fato que gerava ainda mais limitação em suas atividades diárias. Há cerca de dois anos, ele começou a enxergar “uma nuvem branca”, acompanhado de dificuldade em pegar um determinado objeto e se locomover, principalmente na subida e descida de escadas.

Aqui (no olho direito) uma nuvem, entendeu? Eu ia pegar uma coisa e não acertava. Às vezes eu pensava que era aqui, e tava mais pra lá. Às vezes eu pensava que estava lá, e já estava mais aqui. Pra descer um degrau, eu pensava que tinha que descer vinte centímetro, e tinha que subir. Outra hora, eu tinha que subir, e era um buraco. (Ônix)

A partir dessas alterações, há pouco mais de um ano, Ônix procurou um oftalmologista em uma clínica particular em Vitória-ES. Após a realização de alguns exames, ele teve o diagnóstico de glaucoma e catarata, revelado em ambos os olhos. Há cinco meses, foi realizada uma cirurgia no olho direito e, há um mês, no olho esquerdo.

Pois é, a visão, eu fiz cirurgia desse olho (direito) aqui e complicou, mas firmou. Fiz esse aqui com Dr. Oftalmologista 1 – grande médico –, entendeu? É a laser, né? Mas acho que esse aqui (olho esquerdo) foi a laser não. Tem operação sem ser a laser? Tem né? [...] das vistas [...] Dr. Oftalmologista 2 e esse aqui (direito) foi Dr. Oftalmologista 1. Só que ontem, anteontem, eu fui na farmácia comprar um remédio, né? Deixa eu ver que remédio eu fui comprar [...] e escurecer [...] vim de lá pra cá com essa dificuldade. Vem cá, o problema de vista quando escurece tudo, a tonteira é [...] eu fico meio tonto

ou bambo, sei lá, entendeu? Mas de vez em quando eu fico bom, mas na maioria das vezes, por exemplo, eu fui comprar pão ali e hoje eu tenho que ir com jeito, com jeito. É pertinho, né? Eu vou. Agora o médico de vista, Dr. Oftalmologista 2, não me falou nada, mas o Dr. Oftalmologista 1, o que fez a primeira cirurgia, entendeu? Demorou, entendeu? Ou melhor, está demorando, pois agora ela (a visão) está caindo junto com essa. É [...] recomendou muito que eu não podia subir escadas, que eu não podia dormir assim (ficar na cama muito tempo), é [...] Só ele, é [...] ele liberou televisão. Uma outra (pessoa) que operou, ela foi proibida de assistir televisão. O que você acha? A Agente Comunitária 1 também pode ajudar a responder. Ó, Agente Comunitária 1, televisão pode prejudicar? [...] Esse daqui (olho direito), quando tirou o curativo, tava igual tá agora, entendeu? Ó, eu tô enxergando mal. Tentei ler aqui a conta de luz, e não consegui. E eu operei lá na Santa Casa, com Dr. Oftalmologista 1, e tirei aqui na clínica dele, na terceira ponte. Fui muito bem atendido. (Ônix)

Há cerca de dois anos, durante consulta com um urologista e realização de exames, Ônix teve diagnóstico confirmado de hiperplasia benigna de próstata. Entretanto, ele não relata qualquer sintoma, nem mesmo dificuldade de micção, mas fazia o uso de medicações e acompanhamento com urologista.

Eu tenho problema de próstata. Tomo finasterida. Eu quero ver o companheiro da finasterida (tenta lembrar o nome do outro medicamento que toma). Deixa eu ver como é que chama, meu Deus. Caríssimo? É uma fórmula da Holanda. (Ônix)

Além dos problemas de saúde, Ônix convivia ainda com as limitações proporcionadas pelas baixas condições físicas de sua casa – o acesso a seu quarto, por exemplo, se dá por uma escada descoberta e sem corrimão, assim, em dias de chuva a escada fica molhada e aumenta o risco de queda.

Ônix, há pouco mais de um ano, após um susto, se desequilibrou da escada, caiu, foi levado ao hospital, e não teve grandes complicações ocasionadas por esse episódio.

O moço [...] olha, eu pedi o material de construção e o moço chegou aqui gritando “Ônix, Ônix” [...], eu até pensei que estava acontecendo alguma coisa. Eu saí depressa e tinha uma cerâmica ali (escada) e eu pisei nela e caí. Aí eu ia cair pra cá, mas aí, eu peguei no murinho e no firmar, ó, eu tava assim, eu (demonstra a posição que ficou). Olha aqui, quando eu peguei, eu fiz isso ó, eu rodei e desci lá embaixo. Bati lá embaixo. Eu não me lembro muita coisa, mas nem o óculos saiu do lugar. Eu levei doze pontos aqui, porque eu bati com isso aqui (mostra a cicatriz na cabeça). Na hora, o vizinho aí, entendeu? Aquele filho meu, entendeu? (Ambos socorreram Ônix) Só (tive os pontos na cabeça). Você já pensou, rapaz? Eu fico olhando esses ossos aqui [...] braço e tudo, nada. Nem um arranhão. [...] Eu desmaiei. Eu fiquei lá (no hospital) quarenta e oito horas. Quando eu acordei, né? Eles (profissionais de saúde) falou assim, né? Era mais ou menos nove hora daquela [...] do dia, né? Aí eu acordei, né? “Onde estou, né?” “Ó, médico vai te dar alta a tarde, né?” Aí eu olhei assim [...] “Por que, né?” Levantei, fui lá na cozinha, fiz eles me darem uma comida igual comida de cachorro (referindo-se ao sabor da comida), né? Saí um pouco, saí, atravessei a

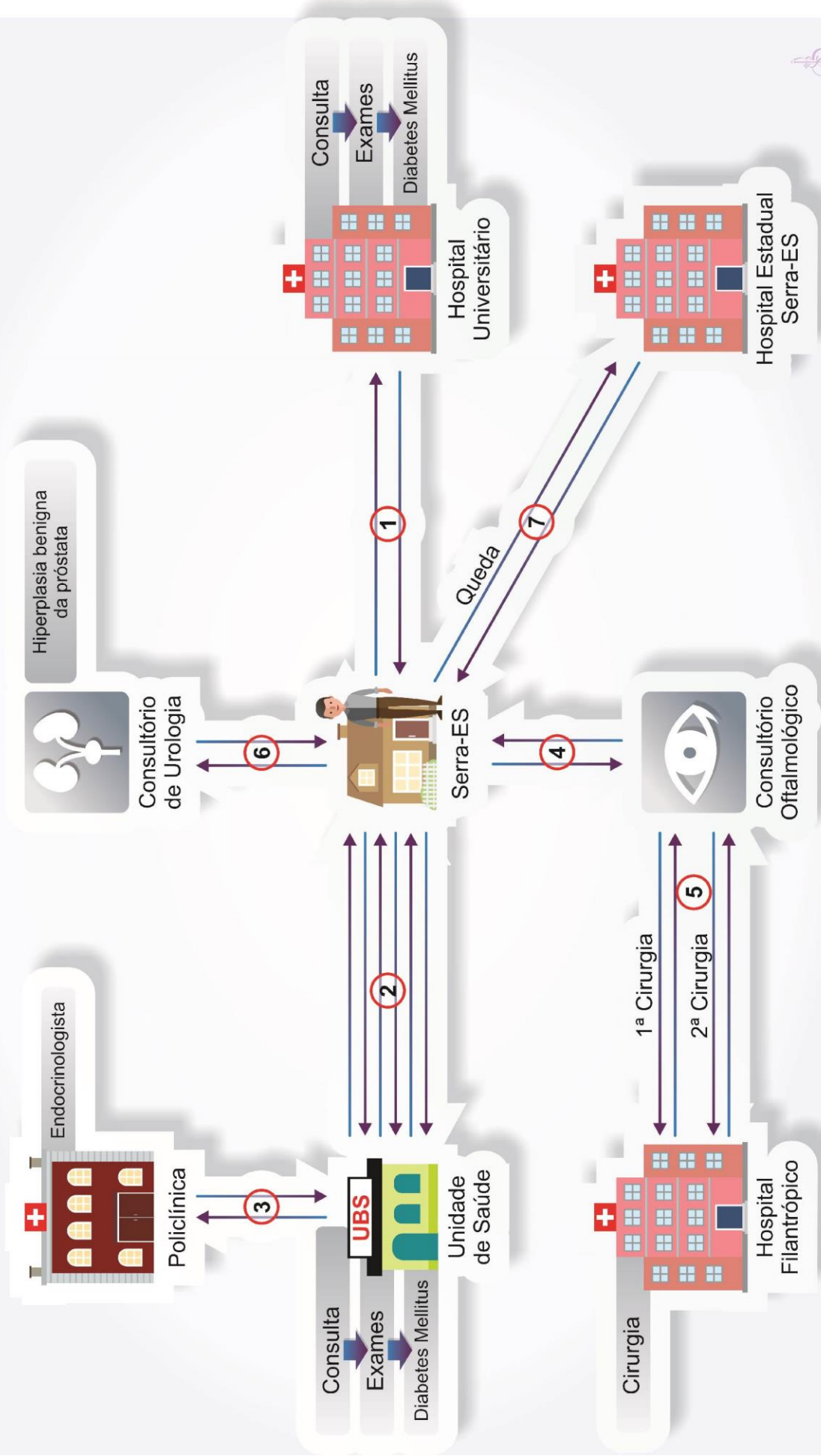
avenida lá no sinal, peguei ônibus e vim embora. Saí antes do médico chegar. [...] No novinho lá (hospital que foi atendido). Onde era o hospital, sei lá [...].
(Ônix)

Ônix reclamava ainda da insegurança que assola sua moradia. Talvez o fato de morar sozinho, e o aumento da violência, advinda do narcotráfico no bairro, faziam crescer nele uma sensação de risco. Ele relatou que já foi furtado algumas vezes, sendo que, da última vez, lhe roubaram o ventilador.

Aqui... eu tenho um ventilador e outro. Ladrão me roubou dois ventilador. Aqui eu deixo a janela aberta (mostra a janela). Não tem calor que me incomode. Eu sei quem (os ladrões) é, mas não vale a pena não. (Ônix)

Entre as histórias vividas e batalhas vencidas, Ônix vai levando a sua vida: DM, HAS, hiperplasia benigna de próstata, consultas, cirurgias. Viver, aprender, perguntar, mais aprender.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ÔNIX: REPRESENTAÇÃO VISUAL



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ÔNIX**

1. Busca por consulta em pronto atendimento de hospital universitário em Vitória-ES;
2. Acompanhamento na UBS Jardim Carapina;
3. Acompanhamento com endocrinologista;
4. Consulta com oftalmologista;
5. Cirurgia nos olhos;
6. Consulta com urologista.
7. Atendimento em hospital estadual da Serra-ES.

RUBI

Tudo, aliás, é a ponta de um mistério,
inclusive os fatos.
Ou a ausência deles. Duvida?
Quando nada acontece
há um milagre que não estamos vendo.
Guimarães Rosa

Rubi é uma senhora de setenta anos de idade, branca, aposentada, evangélica, tem ensino fundamental incompleto, é natural de Minas Gerais, mas já residiu no município de Vitória-ES e no estado de Rondônia, antes de ir morar no município da Serra-ES. Ela é casada há cinquenta e cinco anos, tem seis filhos e vive só com o marido.

Ela é uma pessoa tímida, tranquila, carregava um olhar baixo e voz sussurrante. Estava triste, pois havia perdido um irmão em Rondônia, e preocupada com o estado de saúde de uma de suas filhas. Entretanto, nos convidou para entrar e contou, com bastante afecção, as histórias vividas e os caminhos percorridos na busca por cuidado em saúde.

A minha família, todo mundo são doentes. Minha filha é doente, tem dois anos que ela faz hemodiálise. Ela mora em Goiabeiras (um bairro de Vitória-ES). Ela operou do coração uma vez, e agora faz hemodiálise dos rins [...]; tenho um irmão que morreu e foi sepultado hoje dez horas da manhã. Ele mora em Rondônia. Ele sofria de úlcera, aí diz que ele comeu um pouquinho de farinha de noite [...], é diabético também [...], aí diz que a barriga dele começou a crescer, crescer e levou ele pro hospital na segunda-feira. Aí voltou pra casa com muita dor. Aí, quando foi terça-feira, ele voltou pro hospital. Aí, quando foi ontem, sete horas da manhã, morreu. Nossa! É muito longe. (Rubi)

Rubi conta que há cerca de quarenta anos, quando morava em Vitória-ES, passou por um tratamento para hepatite. Nesse mesmo período, começou a sentir uma tontura constante e sensação de boca seca, procurou serviço de saúde, acompanhada de sua filha, passou por alguns exames e teve o diagnóstico revelado de DM.

Eu procurei ajuda, né? Por conta da hepatite, tava fazendo tratamento, e depois acusou diabetes. Acho que eu fui [...], fui com minha filha na época. [...] Quarenta anos atrás. Eu tive hepatite, né? Mas eu acho que foi mesmo (hepatite) por conta do diabetes, sabe? Aí tomei aquele soro. Naquele tempo, não fazia exame pra tomar aquele soro, né? Soro açucarado que toma, no caso, né? Aí, daquele dia pra cá, eu fiquei ruim [...], deu tonteira, boca seca

e tal. Aí fiz um exame [...]. Daí pra cá, fiquei diabetes toda vida. Já cheguei em (níveis glicêmicos) setecentos, oitocentos, quinhentos, quatrocentos. (Rubi)

Depois do diagnóstico estabelecido, Rubi foi informada, pelos profissionais de saúde, que sua alimentação deveria passar por mudanças.

Aí me deu dieta, né? Mandou fazer dieta. Naquele tempo, não usava remédio pra diabetes não. Aí mandou fazer dieta só, né? Tirou o açúcar, massa [...]. Naquele tempo, não. Continuei (a viver) normal. Tem uns quarenta anos, já, que eu não consigo comer mais açúcar. Não uso açúcar, só adoçante. Mudou, né? Como assim um colherzinha só de arroz [...], muito alface, né? Salada. Um pouquinho de feijão. (Rubi)

Nessa mesma época, já morando em Rondônia, Rubi procurou o serviço de saúde devido a fortes dores abdominais, passou por alguns exames e foi diagnosticada com cálculos renais e vesiculares.

Tem muitos anos. Lá em Rondônia ainda. Eu tive cálculos nos rins, mas depois bebi muito água. Eu tomo dois litros de água por dia. Aí passou. Aí eu lá fui no médico pático (homeopático), mas eles passavam muito remédio caseiro [...], esses remédios caseiros, né? Eu tinha pedra nas vesículas, aí o médico passou chá. Chá mesmo. Curou sim. Faz uns trinta anos que eu tive isso. [...] Pedra na vesícula. Eu não sinto mais nada nos rins. (Rubi)

Depois de vinte anos morando em Rondônia, Rubi se mudou para Serra-ES. Foi a partir daí que ela passou a ser acompanhada pela Unidade de Saúde do bairro Jardim Carapina, e aderiu à terapia medicamentosa, recomendada no controle da DM e da HAS.

Há pouco mais de sete meses, uma das filhas de Rubi se casou em Rondônia, e ela viajou para participar da cerimônia. Nessa época, a tampa do fogão da casa em que ela estava quebrou e ela cortou seu pé.

É e em Rondônia. Chegou lá e eu tava sentada lá. Lá é muito quente, né? E o fogo tava aceso, não sei, né? O fogão [...] assim, pro lado do sol. Aí o vidro do fogão estorou e voou aqueles caco miudinho pra todo lado. Aí eu tava na beira da pia, pisei nos cacos de vidro, só que eu não vi na hora [...], entrou debaixo do dedo e entrou assim nas minhas pernas e meus dedos, com caco de vidro. Aí, daí, eu tenho falta de circulação, né? Por causa da diabetes e os pés são dormentes, dormentes. (Rubi)

Nessa ocasião, Rubi retornou a Serra-ES, mas não tinha percebido que alguns cacos de vidros ficaram alojados em seu pé.

Aí eu vim embora pra cá. E quando eu cheguei [...] Não senti. Aí meu netinho de três anos tava brincando e olhou assim pro meu pé e disse "Vó, você está com dodói no seu pé, Vó". Porque era debaixo do dedo, né? (Rubi)

Depois disso, uma das filhas de Rubi constatou que havia mesmo cacos de vidro em seu pé, levou-a à unidade de saúde e, posteriormente, ao hospital. Entre idas e vindas, o primeiro pododáctilo do pé direito foi amputado.

Aí foi quando minha filha olhou, né? Porque eu tô enxergando muito pouco. E ela falou “Mãe, você está com pés cheios de cacos [...], pés estão quase caindo”. Mas eu não sentia dor não. “Estão quase caindo esses dedos da senhora, Mãe” (disse a filha). Aí eu fui lá no postinho, fiz curativo e depois o médico mandou [...]. Mandou ir pro Jayme (Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves), fazer [...]. Tirou de três vezes. Tirou um pedaço, aí ficou um pedacinho. Fiquei lá mais três dias. E depois fui embora, e voltei com quinze dia. Aí voltei lá, e tiraram um pedacinho. Aí mais quinze dias, e tirou mais outro pedaço e, graças a Deus, agora sarou. Aí, nos dois pés tão curado. Esse aqui logo sarou (pé esquerdo). Esse aqui (pé direito), eu fiz curativo, fiz tudo, mas não sarou. Atingiu o osso e deu infecção. Eu fui primeiro, porque o médico (da unidade de saúde) deu o papel e a gente já marca a volta. Foi no posto, e o posto mandou pra lá. Tornei voltar pro hospital. Fiquei fazendo curativo até resolver isso tudo, de setembro até dezembro. Quando eu operei, fiquei três dias internada. Indo lá. Eu ia lá, tirava um pedacinho e voltava pra casa. Minha nora ia me levar. Todo dia. Ficava bem uma hora (esperando atendimento), né? Muita gente, né? Quando marcar não. Chegou lá e já começa logo a consultar. Fui muito bem tratada lá [...] nesse hospital [...], no hospital Jayme. Aí, quando chegou vinte e sete de dezembro, o médico me deu alta. Disse que não precisava voltar mais. (Rubi)

Há cerca três anos, Rubi começou a apresentar complicações na visão e procurou ajuda na unidade de saúde. Chegando lá, ela foi encaminhada para um oftalmologista. Após avaliação e alguns exames, não foi possível estabelecer um diagnóstico preciso no olho esquerdo, e ela teria que ser encaminhada para avaliação em outro especialista. Já o olho direito, foi diagnosticado com catarata, e teve a cirurgia marcada para sete meses depois, em um hospital universitário de Vitória-ES. Entretanto, tal tratamento não aconteceu, devido às complicações ocorridas em seu pé.

Acabar (a visão) mesmo, faz uns três anos que acabou [...], de ver linha, de ver as coisas assim. Fui no posto de saúde e de lá eu fui [...]. Eu fui no médico, mas, da última vez, ele falou que não tinha jeito não, que tinha que operar. Aqui (olho esquerdo) ainda enxerga a sombra mais, mas bem pouquinho. Mas esse aqui ó (olho direito). Fui para outro médico. Pra clínica. Aí fui pra lá pras clínicas. A HUCAM (Hospital Universitário da UFES). Operação [...] eu fiquei sete meses esperando pra operar. Faltando dois dias, aí foi e cancelou. Esse (olho direito) tem catarata. O outro, eu não sei. A médica que ia me operar falou que ia passar pro especialista, né? Que eu podia ficar cega, que era perigo, que não tinha mais [...]. (Rubi)

Há cerca de dois anos, Rubi começou a apresentar uma sensação de queimação no lado esquerdo do peito. Preocupada com a situação, e com o prolongamento dos sintomas, ela decidiu buscar ajuda com a Equipe de Saúde da Família de seu bairro. Chegando lá, passou pela consulta com o médico da unidade, foi encaminhada ao

cardiologista, fez alguns exames e ficou sabendo que seu coração “estava aumentando de tamanho”.

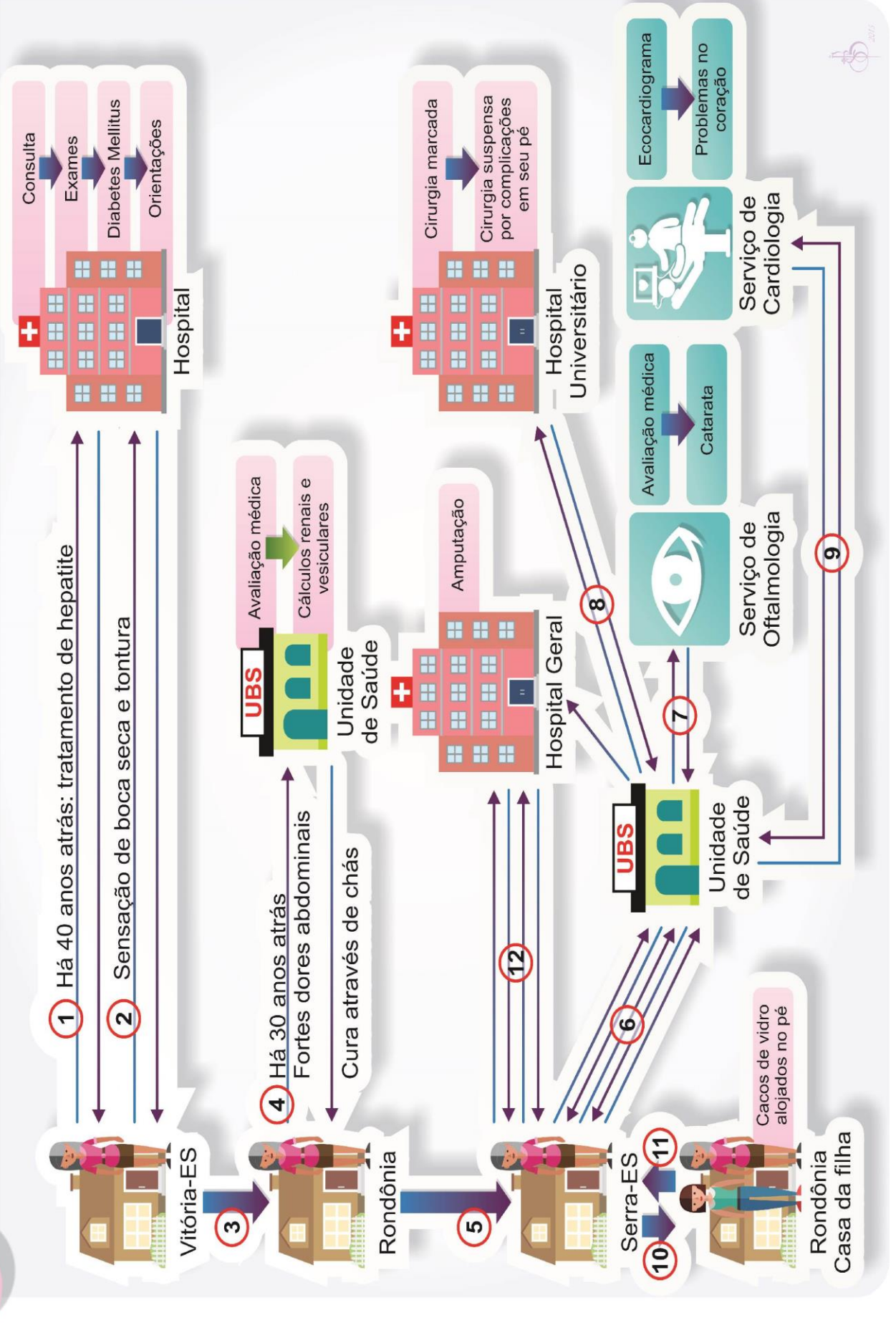
Que começou (os sintomas), tem dois anos. Eu sinto queimação desse lado (lado esquerdo do tórax) assim, né? Eu fui pro posto aí. Aí me deram o encaminhamento pra fazer o eco, né? Aí eu fiz, e aí surgiu isso aí. Eu fiz dois meses atrás, eu fiz um exame [...], eu tinha um coração grande, mas graças a Deus fiquei boa, né? [...] do coração grande, mas dois meses pra trás, pra três, eu fiz um eco, né? Ele pediu. Aí deu um bloqueio na corda esquerda e na corda direita. Um buraquinho bem pequenino, mas tá sempre passando. Aí, depois disso, eu não voltei mais no médico do coração. Fui duas vezes só e [...]. (Rubi)

No dia do encontro, os membros inferiores de Rubi estavam bastante edemaciados. Ela conta que sofre desse problema desde a sua segunda gravidez, mas que o médico diz se tratar de varizes internas, e que a cirurgia não é recomendada por conta da sua condição de saúde.

[...] Esse pé (direito) que dói a noite toda, porque ele é doente assim. Aí esse pé de noite [...] não tem lugar que põe esse pé. Fora isso, eu não sinto nada mais não. Ela (perna) “incha e desincha”. Tem dia que ela tá grossona, mas já faz quarenta [...], faz cinquenta anos que eu sinto essa perna [...], desde o resguardo que eu tive de minha menina [...], a segunda filha minha. E o médico fala que é varizes interna, mas eu não posso operar. Quem não tem convênio é assim. Por causa da minha idade e por causa da complicação que o médico falou. Agora, no último dia de dezembro, que eu fui pegar a alta, ele falou [...], mandou usar uma cinta (meias elásticas), mas eu não uso não, pois aperta muito. Fora esses trem aí, eu não sinto nada não. Trabalho o dia todo. Hoje mesmo já limpei casa, já lavei roupa, já estendi roupa. Eu tenho muita falta é de sono. Já dormir é difícil. [...] Eu passei mais de um ano e pouco sem ir na igreja. Domingo passado agora, eu fui na igreja. Eu não podia calçar, né? Meu pé [...], sabe o solado do pé? Eu fui domingo e fiquei segunda, terça [...], até terça-feira com o pé inchadão. Não posso deixar. Calça, né? E fica uma hora assim sentada [...], aí incha. (Rubi)

Consta no prontuário de Rubi que ela já teve câncer de mama, sendo submetida à quadrantectomia de mama esquerda, há seis anos. Entretanto, no momento da entrevista, ela não quis tocar no assunto. Fala não dita, sofrimento guardado.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE RUBI: REPRESENTAÇÃO VISUAL



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE RUBI**

1. Tratamento de hepatite em Vitória-ES;
2. Diagnóstico de DM em Vitória-ES;
3. Mudança para Rondônia;
4. Consultas na unidade de saúde em Rondônia;
5. Mudança para Serra-ES;
6. Acompanhamento na unidade de saúde;
7. Consulta com oftalmologista;
8. Encaminhamento para hospital universitário de Vitória-ES;
9. Consulta com cardiologista;
10. Viagem para Rondônia e corte no pé;
11. Retorno para Serra-ES;
12. Amputação do primeiro pododáctilo direito.

SAFIRA

Rezar muito e ter fé.
Porque as coisas estão todas
amarradinhas em Deus.
Guimarães Rosa

Safira é uma senhora de sessenta e três anos de idade, branca, sem religião definida, ensino fundamental incompleto, e mora com o seu marido. Não sendo aposentados, ambos vivem de renda informal – fretes e crochês.

Não tem (renda) não, meu filho. O meu companheiro tem um caminhão. O dia que ele faz frete, tem; o dia que não faz, não tem; aí passa assim mesmo. Deus não deixa faltar [...] Eu gosto (de fazer crochê), né? Porque ficar parada é ruim. Coloco a cadeira (aponta para a porta) e teço aqui. Fico pensando tanta coisa. [...] Tem vez que eu vendo, e tem vez que não. (Safira)

Ela era tímida, de olhar tristonho e voz sussurrante. Já de início, demonstrava ensimesmada com a nossa presença, mas, incontinentemente, a conversa começou a fluir, e o encontro se desenrolou com bastante afecção.

A busca por cuidado, realizada por Safira, deu início há mais de dez anos. Ela contou que sentia, com bastante frequência, dores pelo corpo e tontura, mas, como era muito resistente a procurar ajuda médica, ela fazia o uso constante de analgésico em casa. Entretanto, com o prolongamento dos sintomas, ela buscou ajuda na unidade de saúde, e teve revelado o diagnóstico de DM.

Antes de descobrir (o diabetes mellitus)? Sentia muita dor na coluna [...], assim nos rins e nas pernas; muita tontura. Dor de cabeça, não. Dor de cabeça eu não senti. Eu senti dor nas pernas. Ih, eu fiquei muito tempo (sem procurar um médico), nossa, porque eu não gosto de médico, né? Aí fiquei muito tempo [...] ninguém gosta, né? É, só sentindo [...]. Só sentindo e guardando, né? É, eu não falava nada. De vez em quando eu tomava um comprimidinho, mas não era direto não. Aí depois eu disse, “não, eu vou procurar um médico, porque não tô aguentando mais não”. Aí procurei, né? Aí deu colesterol. Eu fiz o exame lá em cima (onde se situava a unidade de saúde). Lá naquela igreja lá, ó. Lá perto daquela igreja lá, lá em cima. No (unidade de saúde de) André Carloni (bairro da Serra-ES), não deu diabetes não, mas deu colesterol. Aí eu não procurei fazer os exames e tratamento, né? Quando eu mudei pra aqui (bairro Jardim Carapina), eu fiz uns exames [...] Que era diabetes e colesterol. Procurei a doutora da unidade, porque foi ela que [...], abaixo de Deus, foi ela que me deu o remédio acertado. Eu tô tomando e não estou sentindo mais nada. Isso bem antes. Bem antes tinha

dado colesterol, né? Eu acho que nem o colesterol tem mais. Não sei não. Só fazendo o exame pra saber. Outro exame pra ver, né? (Safira)

Nessa época, Safira recebeu orientações para o controle do DM, mas se mostrou resistente à adesão ao tratamento. Ela só veio a começar fazer o uso de medicações e mudanças na alimentação há cerca de um ano, quando seus níveis glicêmicos já estavam bastante elevados.

Mudou tudo. Tudo, tudo, tudo [...]. Graças a Deus. Mudou para melhor. É porque eu tô me sentindo muito bem, né? Os remédios, né? Que eu tô em tratamento, tem um ano e três meses. Estou tomando remédio sim. Tem um monte ali já, meu filho, pra tomar. Tomei hoje. Eu não tomo insulina não, graças a Deus. Ela (a médica) falou que não vai precisar. Ela falou que eu tomando os remédios direitinho [...], que não vai precisar. Assim, quando o remédio está quase acabando, com um ou dois, aí eu vou lá (na unidade de saúde). Quando não encontro remédio ali, eu vou lá na farmácia popular ou na policlínica. A comida é [...], eu faço ela quase sem sal, pouca gordura, sabe? Pão, tudo [...], o leite é integral light, manteiga light, o pão [...], tudo é light. Eu não acho bom não, mas fazer o que? (Comida cara) Demais. Minha Nossa Senhora, ontem mesmo eu fui lá comprar um pãozinho por seis reais, um trezinho desse tamanhinho (demonstra o tamanho com as mãos). Muito caro. A gente compra, quando não tem (dinheiro), a gente não compra. E outra, aquilo não sustenta a gente. Toda hora você tem que tá beliscando uma coisinha, toda hora. E quando não tem o que beliscar? Aí me dá tonteira, começa desmaiar [...]. O médico falou pra eu fazer (atividade física), mas ainda não estou fazendo, não. (Safira)

Safira queixou-se de complicações em sua visão, sendo evidenciado principalmente nos momentos em que está fazendo crochê.

Nas vistas tem hora que, que [...], quando eu tô tecendo, né? Eu acho que é os óculos, né? Eu tiro para poder descansar as vistas um pouquinho. (Safira)

Durante o encontro, Safira se emocionou algumas vezes, ao falar da perda de pessoas de sua família, pois, apesar do tempo, ela nunca esquece esses acontecimentos.

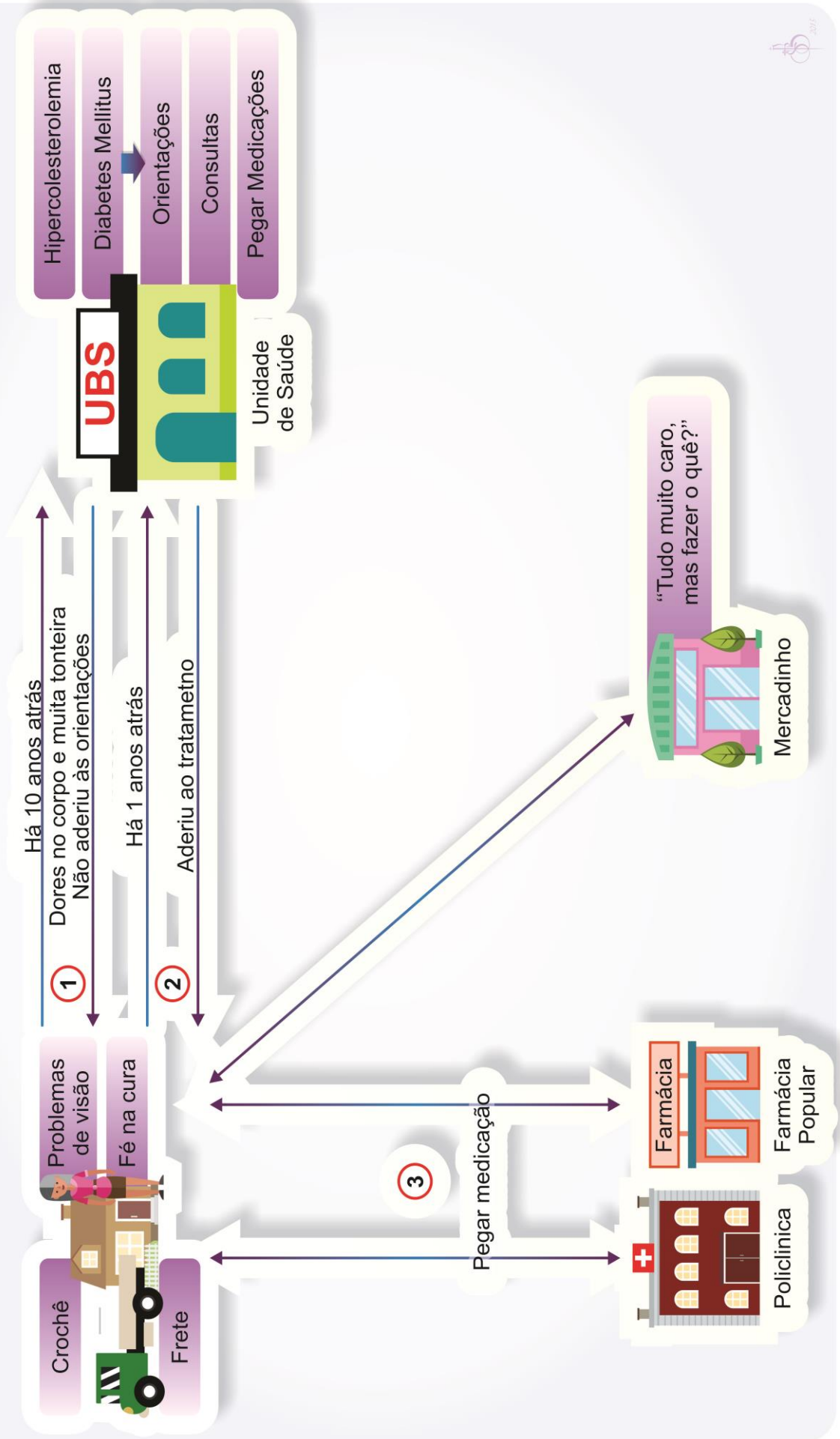
Eu tinha dois (filhos), mas agora só tenho um, porque Deus levou a outra. Morreu com trinta e poucos anos. [...] Vai fazer sete anos. Parece que foi ontem. Nossa, eu não esqueço nunca. Minha mãe vai fazer sete mês que foi também. (Safira)

Ela acreditava que a realização do gerenciamento da doença e as orações que realizava podem oferecer a cura do DM.

Com fé em Deus e em Jesus, meu filho, eu vou ser curada disso. Eles falam que não tem cura, não tem cura [...], a gente tendo fé [...]. Eu tenho muita fé, mas não vou em igreja não, sabe? Minhas orações eu faço em casa. Eu tenho fé em Deus, né? Eu peço muito nas orações para Deus, né? Eu não penso assim não, sabe? Eu só penso assim, né? De tomar o remédio com fé e ser curada, né? Não só eu, mas todos [...], vários, os todos que tomam o remédio. Eu pego muito é com Deus e Nossa Senhora Aparecida. (Safira)

Adoecida por DM recentemente, Safira agarra-se à fé, na esperança de ser curada, porque as coisas na vida, para ela, vão chegando assim: amarradinhas em Deus.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE SAFIRA: REPRESENTAÇÃO VISUAL



Crochê

Frete

Problemas de visão

Fé na cura

Há 10 anos atrás

Dores no corpo e muita tonteira
Não aderiu às orientações

1

Há 1 ano atrás

Aderiu ao tratamento

2

UBS

Hipercolesterolemia

Diabetes Mellitus

Orientações

Consultas

Unidade de Saúde

Pegar Medicamentos

Pegar medicação

3

Farmácia

Farmácia Popular

Policlínica

“Tudo muito caro, mas fazer o quê?”

Mercadinho



**“PASSO, COMPASSO, PASSANDO, VIVENDO”:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE SAFIRA**

1. Consulta e diagnóstico de DM na UBS Jardim Carapina;
2. Acompanhamento na unidade de saúde;
3. Busca por medicação;

“O ÚNICO DEVER É LUTAR FERROZMENTE”: FLUXOS CONTÍNUOS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Penso que chega um momento na vida da gente
em que o único dever é lutar ferozmente
por introduzir no topo
de cada dia, o máximo da eternidade...
Guimarães Rosa

Éramos oito, sete sujeitos com DM – Berilo e Cristal e Safira e Esmeralda e Rubi e Ônix e Jade –, e depois, Eu – o pesquisador: “como cada um de nós era vários, já era muita gente” (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p. 11,). Narrativas. Muitos itinerários terapêuticos, “[...] linhas de articulação ou segmentaridade, estratos, territorialidades, mas também linhas de fuga, movimentos de desterritorialização e desestratificação” (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p. 11).

À exceção do pesquisador, todos os demais distribuídos em pseudônimos, não para dissimular ou passarem despercebidos, conforme faziam Deleuze e Guattari (2007), mas para atenderem à uma exigência ética. Porque, para esses pensadores, preservar os seus nomes tinha outros significados:

Por hábito, exclusivamente por hábito. Para passarmos despercebidos. Para tornar imperceptível, não a nós mesmos, mas o que nos faz agir, experimentar ou pensar. E, finalmente, porque é agradável falar como todo mundo e dizer o sol nasce, quando todo mundo sabe que essa é apenas uma maneira de falar. Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p. 11).

Uma questão gerativa. Encontros. Fim de campo. Diário de campo cheio de apontamentos Transudando afecções. Muitas transcrições de encontros, metamorfoseados em narrativas. “[...] Outro olhar, outro tempo, outros” (OSTETTO, 2005, p. 145).

[...] Não se perguntará nunca o que um livro (ou uma dissertação) quer dizer, significado ou significante, não se buscará nada compreender num livro (ou numa dissertação), perguntar-se-á com o que ele (ou ela) funciona, em conexão com o que ele (ou ela) faz ou não passar intensidades, em que multiplicidades ele (ou ela) se introduz e metamorfoseia a sua, com que corpos sem órgãos⁹ ele (ou ela) faz convergir o seu (ou a sua) (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p. 12).

Uma coleção de narrativas no formato de platôs¹⁰, síntese produtiva que nesses encontros de ITs – por obra do pesquisador –, neste fechamento, se ligam de forma conectiva umas às outras, e depois a outros pesquisadores, e abrindo-se através de fluxos contínuos, nesta produção desejante:

A síntese produtiva, a produção de produção, tem uma forma conectiva: <<e>>, <<e depois>>...É que há sempre uma máquina produtora de um fluxo e uma outra que se lhe une, realizando um corte, uma extração de fluxos (o seio/a boca). E como a primeira, por sua vez, está ligada a outra relativamente a qual se comporta como corte ou extração a série binária é linear em todas as direções. O desejo faz constantemente a ligação de fluxos contínuos e de objectos parciais essencialmente fragmentários e fragmentados. O desejo faz correr, corre e corta (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p.11) .

E assim, em conexões binárias, esses fluxos contínuos de ITs começaram a correr em todas as direções.

Cinco mulheres e dois homens. Todos vivem no mesmo bairro – Jardim Carapina, Serra-ES –, e já apresentam complicações advindas do DM. Todos com baixo nível de escolaridade. A idade? Se é que importa, todos eles, à exceção de Cristal, que tem quarenta anos, idosos. Importa sim! O psiquismo e a fisiologia do envelhecimento requerem atenção especial. Um desafio para a ESF local.

⁹ A ideia de Corpos sem Órgãos (CsOs) foi elaborada por Deleuze e Guattari a partir do que estava posto por Antonin Artaud, (esquizofrênico), dramaturgo, autor, diretor, desenhista, no livro “Para acabar com o juízo de Deus”. Este autor propôs “[...] eliminar o organismo de nosso corpo e conseguir que os órgãos funcionem de infinitas e livres maneiras intensivas (o qual implica liberar a sínteses conectivas de desejo, produção dos órgãos funcionando como máquinas desejantes)” (Barembliitt, 2010, p. 79).

¹⁰ Platô significa planalto ou parte móvel do sistema de embalagem (MICHAELIS, 2015). Neste estudo, entretanto, o termo é uma referência à obra Mil Platôs de Deleuze e Guattari, apresentada em sua edição original em um único volume - Mille Plateaux (1980) e em cinco volumes na edição brasileira em 1996.

O Brasil vem passando por uma profunda transformação socioeconômica impulsionada pela mudança na pirâmide etária. Por volta de 1940, notou-se uma diminuição nas taxas de mortalidade, principalmente entre as pessoas mais jovens. Houve uma queda acentuada da mortalidade passando de 135 para 20 mortes a cada mil nascidos vivos entre 1995 e 2010 e a expectativa de vida passou de 50 para 75 anos no mesmo período, ou seja, havendo mais pessoas idosas entre a população brasileira. Com isso, nos próximos quarenta anos, a população idosa passará de vinte milhões de idosos para sessenta e cinco milhões em 2050 (BANCO MUNDIAL, 2011). No Brasil, segundo dados do IBGE (2009), a população idosa (pessoas com mais de 60 anos) em 1999 representava 9,1% dos brasileiros. Já em 2009, houve um aumento desta população, passando a representar 11,3%. Esses dados apontam também que 22,6% das pessoas com mais de 60 anos declaram não ter doenças. Entretanto, 48,9% da população entrevistada sofre de mais de alguma doença crônica, entendida aqui como doenças de longa duração. A esperança de vida do brasileiro na atualidade é de 75,44 anos (IBGE, 2015).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada através da portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006c, tem como finalidade

[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006b, p. 3.).

Dessa forma, a ESF, criada com o propósito de superação de um modelo de assistência de saúde marcado pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014), vem proporcionar o vínculo entre profissional de saúde e usuários do sistema, em especial a população idosa, que tanto cresce.

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010, p. 775).

Coutinho et al. (2013) fizeram um estudo para compreender como estava sendo realizado o cuidado ao idoso, em Unidade de Saúde da Família de Botucatu – SP, segundo a visão dos profissionais de saúde. Os resultados apontaram que os profissionais reconheciam o aumento da população idosa e, ao mesmo tempo, o despreparo para atendê-los; as práticas eram fragmentadas, pontuais e valorizavam muito o modelo biológico; o idoso não era atendido como prioridade, e a gestão do serviço também influenciava diretamente na atenção à saúde integral dessa população.

Na UBS Jardim Carapina, Ônix, oitenta e dois anos, também reclama das práticas fragmentares e esparsas, pois o mesmo considerava “[...] como um anjo (a endocrinologista que o atendia na Policlínica), pela orientação e carinho que tratava a minha pessoa. Eu não sei se é porque eu era velho, entendeu? Agora que eu mudei pra aqui (UBS Jardim Carapina), caiu (o atendimento) um pouco [...] a médica que tem me atendido, que está muito descontrolado. [...] eu tenho uma receita de quatro meses. Eu nunca recebi uma receita de quatro meses [...] tanto é que no máximo é três; dois-três, dois-três. Então, na hora que ela me dá as receita, na hora, entendeu? Aí ela marca o dia pra eu ir voltar na hora. Que eu já venho pra casa sabendo que daqui a dois meses, no dia tal, eu tenho que ir. Corria bem, mas depois que eu passei aqui (UBS Jardim Carapina) pra baixo, ó, virou ó. [...] Agora do jeito que tá, está descontrolado. [...] Aqui já teve umas quatro médicas que me atendeu e lá em cima só a endócrino que me atendeu” **e depois** Jade, sessenta e três anos, também refere: “[...] eu vou (na unidade), faço a consulta e ela (médica) marca pra três mês. Ponha a folha (prescrição) que ela marcou, que não é pra ponhar mais, que já acabou, que é pra marcar nova”.

O Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, que definiu as diretrizes e metas de atendimento, privilegiando ações preventivas para detecção precoce dos casos e criando estratégias para estreitar o vínculo entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Em 2002 a Portaria Conjunta nº 02, com o objetivo de auxiliar no planejamento das ações de saúde voltadas aos usuários diagnosticados, instituiu o Sistema de Informação do HiperDia – o SISHIPERDIA, destinado ao cadastro dos hipertensos e diabéticos e também a inclusão dos dados do acompanhamento clínico desses usuários (BRASIL, 2002). Em 2010, foi publicado a Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro que estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

O cuidado ao sujeito com DM deve acontecer dentro de um sistema hierarquizado da assistência, tendo como base o nível primário da atenção à saúde, o qual prioriza ações de grande impacto para redução de suas complicações. Assim que diagnosticados, todos os sujeitos com DM, bem como seus familiares, precisam ser inseridos precocemente em “programas” educacionais das unidades de saúde. Esses “programas” – entendidos aqui como ações prescritas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013b) –, implicam na orientação para o autocuidado: higiene, cortes de unhas, inspeção dos pés, uso de calçados fechados, prática de atividades físicas, mudanças na alimentação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015), bem como, o tratamento

medicamentoso, a sexualidade, o conhecimento do seu corpo e fatores que se conectam no contexto histórico, social e cultural desses sujeitos.

Apesar disso, Faria e Bellato (2009, p. 773) argumentam que a atenção ao sujeito com DM tem sido “eminentemente prescritiva, normatizada e centrada na doença e não na experiência de adoecimento vivenciada” pelo mesmo.

Em 2007, no município de Recife-PE, foi realizado um estudo com a finalidade de analisar a atenção ao DM na ESF. Os resultados evidenciaram a fragilidade das ações de prevenção e diagnóstico precoce nas equipes, falta de capacitação (hoje compreendida como “educação permanente”) específica dos profissionais quanto ao assunto, e ausência de uma diretriz municipal que tangenciasse as ações desenvolvidas pelas equipes, em relação ao DM (PEREIRA, 2007).

É importante destacar que toda configuração, na linha de cuidado ao sujeito com DM, começa já no rastreamento e no diagnóstico da doença, pois, após a confirmação da patologia, percebem-se grandes mudanças na vida desses sujeitos.

“Como uma surpresa, transmudado, teso, sonambúlico” (ROSA, 1984, p. 298), o diagnóstico de DM de Berilo surgiu há muito tempo: “[...] lembro não (se referindo ao hospital onde teve revelado o diagnóstico de DM e HAS)” e Cristal, DM revelado há pouco mais de dez anos, conta que “senti dor de cabeça forte, pela segunda vez, aí ela (médica) fez um exame lá com negócio docinho [...] aí deu diabetes mesmo” e Esmeralda, há mais de dez anos, descobriu o DM quando o médico disse “que eu tinha diabetes e sofria úlcera (gástrica)” e Jade, com DM há cerca de dez anos, começou tendo “[...] muita febre, gripe [...]. Eu fiz o exame de sangue, né? Aí disseram que era diabetes, né?” e Ônix, há cerca de dez anos, teve o diagnóstico de DM revelado, o que “[...] custou, custou [...] Ah, estava altíssima o meu diabetes, entendeu? Aí melhorou” e Rubi, diagnóstico de DM revelado há cerca de quarenta anos, “[...] deu tonteira, boca seca e tal. Aí fiz um exame [...] Daí pra cá, fiquei diabetes toda vida” e **depois** Safira, revelação do DM há cerca de dez anos, “[...] quando eu mudei pra aqui (bairro Jardim Carapina) eu fiz uns exames [...] (disseram) que era diabetes e colesterol”.

O diagnóstico de DM fundamenta-se no grau de hiperglicemia apresentado, mas ao investigá-lo, aconselha-se considerar os elementos clínicos e fatores de riscos que possam suscitar a suspeita da doença (BARSAGLINI, 2011). Atualmente, os tipos de exames comumente empregados e suas respectivas padronizações, segundo a *American Diabetes Association* (2014) e recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), são: sintomas de polidipsia, poliúria e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Sendo que glicemia casual compreende-se como aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições; glicemia de jejum \geq 126 mg/dl (7 mmol/l). Entretanto, em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl (teste de tolerância a glicose).

Segundo Barsaglini (2011), a descoberta do DM pode ser marcada tanto pelo curso natural, com detecção precoce de alterações mínimas, em exames médicos periódicos de rotina (quando é mencionado “não deu diabetes, mas há uma possibilidade de ter”, ou seja, um estado denominado “pré-diabético”), quanto por estar associada ao fato do sujeito perceber algo diferente em seu corpo, motivando a queixas e à busca por atendimento médico, como apontadas nas narrativas de Berilo e Cristal e Esmeralda e Jade e Ônix e Rubi e depois Safira.

Ser diagnosticado com DM, bem como outras doenças de longa duração, pode ter um grande impacto na vida do sujeito, requerendo do mesmo, inicialmente, um considerável ajustamento psicológico para lidar com a nova situação (THOOLEN, 2008).

A convivência com o diabetes requer que esforços sejam empreendidos nos planos subjetivo (significados, identidade) e objetivo (manejo da enfermidade), que se interconectam em um jogo permanente de ajustes e conciliações entre as demandas diárias delimitadas por um contexto e pelas mudanças decorrentes da enfermidade, do seu curso, dos sintomas, do tratamento e das respostas a este (BARSAGLINI, 2011, p. 156).

Com o diagnóstico revelado, Berilo e Cristal e Esmeralda e Jade e Ônix e Rubi e depois Safira se viram em um dilema ou, conforme referido por Ferreira et al. (2013, p. 43), “em uma complexa escolha, entre manter os hábitos anteriores ou modificá-los para poder obter uma melhor qualidade de vida”.

Uma das mudanças centrais que são recomendadas aos sujeitos com DM, e percebida pelas narrativas de Berilo e Cristal e Esmeralda e Jade e Ônix e Rubi e depois Safira, diz respeito a questões relacionadas à dieta:

As suas práticas alimentares podem se tornar carregadas de novos sentidos relacionados à familiarização com o universo de saberes da nutrição.

Orientados pelo conceito de alimentação adequada para diabéticos, suas práticas alimentares passam a incluir ponderações acerca da quantidade e qualidade nutricional dos alimentos, da frequência das refeições, além de critérios de avaliação e escolha dos alimentos – como o caso do estímulo à prática de verificação dos ingredientes nos rótulos dos alimentos (LOPES, 2011, p. 348).

Esmeralda conta que “[...] a comida mudou [...] é arroz, feijão. Eu não como um doce. Eu não acho isso bom não, porque eu tenho vontade de comer. Vontade de tomar um refrigerante. De vez em quando sim. Eu falo: ‘Gente, eu não quero muito, quero só um tantinho assim. Quero só um pouquinho’. Eu pedia a ele (o neto): ‘Compra meu filho e me dá um pouquinho’. Ontem mesmo, eu tive na casa da minha filha e teve bolo, teve refrigerante, teve churrasco e nada disso eles me deram”, e Ônix relata que “(a vida) mudou muita coisa. Eu parei de comer carne vermelha, porque a endócrino me falou que eu tinha muita proteína. Então, a endócrino controlava isso tudo. Eu comia algum pedaço e ela falou assim: ‘Não pode comer, mas se não tem outra coisa, come. O seu negócio é galinha e peixe, carne branca’. Então, eu venho mais ou menos, mas de vez em quando eu como também. [...] Olha, leite desnatado, pão de sal. O mais é pão light. O integral também, sem ser light eu como, mas o pão que predomina é o light. Eu como dois pães por semana, desse grandão assim (demonstra o tamanho do pacote com as mãos), né? Eu compro dois, né? E dá a continha os dois pra semana, porque eu como muito pão; e almoço e janta”, e Berilo conta que “‘maneiro’ no sal e no açúcar, chupo bastante limão, porque limão é bom, né? Aí o negócio de trem muito doce [...]. Eu comia muita banana e laranja, mas parei um pouco. De vez em quando chupo uma mexerica, laranja, mas eu era viciado. Tô maneirando mais no negócio de doçura. Dieta pouquinho. De vez em quando tá tendo churrasco com [...], mas como pouco”, e Cristal “não penso nada não. Me dá vontade de comer, aí eu como. (Não faço dieta) porque é muito cara (a comida) e muito ruim. [...] Não (faço exercício)”, e Rubi refere que, quando descobriu a doença, “aí me deu dieta, né? Mandou fazer dieta. Naquele tempo não usava remédio pra diabetes não. Aí mandou fazer dieta só, né? Tirou o açúcar, massa [...]. Naquele tempo não. Continuei (a viver) normal. Tem uns quarenta anos já que eu não consigo comer mais açúcar. Não uso açúcar, só adoçante. Mudou, né? Como assim uma colherzinha só de arroz [...] muito alface, né? Salada. Um pouquinho de feijão”, e **depois** Safira: “ [...] a comida é [...] eu faço ela quase sem sal, pouca gordura, sabe? Pão tudo [...] o leite é integral light, manteiga light, o pão [...] tudo é light. Eu não acho bom não, mas fazer o que? (Comida cara)

demais. Minha Nossa Senhora, ontem mesmo eu fui lá comprar um pãozinho por seis reais um trezinho desse tamanhinho (demonstra o tamanho com as mãos). Muito caro. A gente compra, quando não tem (dinheiro) a gente não compra. E outra, aquilo não sustenta a gente. Toda hora você tem que tá beliscando uma coisinha, toda hora. E quando não tem o que beliscar? Aí me dá tonteira, começa desmaiar”.

Como demonstrado, a restrição de determinados alimentos é uma conduta protocolar e comumente adotada pelos profissionais de saúde. São frequentes orientações alimentares simplificadas, com destaque para os alimentos que não devem ser consumidos e valorização de uma dieta rica em frutas e verduras. Entretanto, “nem sempre acompanhadas de esclarecimentos e de alternativas de substituição dos alimentos, em um processo de negociação e dialogicidade” (ROHR, 2013, p. 123).

Faria e Bellato (2009) ressaltam que, ao destacar a mudança de hábitos como uma imposição, sem negociação entre os sujeitos, o sofrimento ocasionado por essa imposição é desconsiderado. Os sujeitos podem não compreender restrições na dieta, levando-os às situações de teatralidade, jogo duplo e transgressão, como forma de resistência às práticas instituídas, normatizadas e de dominação.

Apesar dos sujeitos com DM reconhecerem a alimentação como um fator essencial para o controle da doença, as práticas relacionadas a ela apresentam incongruência com os padrões das prescrições médicas oficiais, revelado pela incompatibilidade das orientações de caráter clínico (BARSAGLINI, 2011) e os modos de viver desses sujeitos, evidenciados principalmente pelo baixo nível socioeconômico e o alto custo na alimentação.

Segundo Cyrino (2009), a sociedade atribui importante valor social à comida e à bebida. Para os sujeitos com DM, as restrições alimentares representam situação de constrangimento, especialmente em ambientes sociais e festivos, como evidenciado nas falas de Rubi, quando a mesma diz que “não boto algumas coisas na boca porque não pode comer. Tem muita coisa que a gente não pode comer. Pra falar a verdade, eu não vou em festa [...] é muito difícil. (Nas comemorações) aqui em casa, sempre fico com vontade de comer, mas não como não. Tem refrigerante e não pode tomar. Eu já costumei e nem sinto vontade”, e Cristal refere que “como (muito nas festas de família). É por isso que eu nem vou. Eu não vou não”, e **depois** Esmeralda: “ontem mesmo, eu tive na casa da minha filha e teve bolo, teve refrigerante, teve churrasco e

nada disso eles me deram. Minha neta passou e eu disse: ‘Ô filha, me dê ao menos um pedacinho de carne pra mim’”.

Dessa forma, a privação de alguns alimentos pode vir acompanhada de sentimento de perdas sociais, quando se considera o valor que se atribui ao consumo em ocasião de sociabilidade, porém, o prazer de comer determinados alimentos, em uma sociedade que valoriza o estilo de vida saudável e o corpo, vem acompanhado de repreensões, inquietações e culpa, em função dos prejuízos que podem oferecer à saúde (BARSAGLINI, 2011), como a obesidade, por exemplo.

A obesidade, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2015), é caracterizada pelo acúmulo em excesso de gordura corporal no indivíduo, sendo que para diagnóstico em adultos, o parâmetro mais comumente utilizado é o IMC. O IMC é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. De acordo com o resultado, o sujeito pode ser classificado com magreza (menor que 18,5), normal (entre 18,5 e 24,9), sobrepeso – obesidade grau I (entre 25,0 e 29,9), obesidade – grau II (30,0 e 39,9) e obesidade grave – grau III (maior que 40,0).

Viver é um descuido prosseguido (ROSA, p. 91, 1994). Cristal, obesa desde a adolescência, diz que “eu não penso nada não. Me dá vontade de comer, aí eu como. (Não faço dieta) porque é muito cara (a comida) e muito ruim. [...] Não (faço exercício)”.

Em relação à obesidade e o DM nas mulheres, Oliveira (2010, p. 98) argumenta que os olhares são mais perceptivos, por elas estarem “fora dos padrões sociais impostos pela sociedade que valoriza como valores contemporâneos o corpo magro e a estética”. Cristal explica que nunca sofreu preconceito por conta da obesidade, mas sente vergonha pela condição que se encontra: “Não (sofro preconceito). Eu que sou vergonhosa por causa disso. Eu que sou, mas ninguém não fala não”.

Oliveira et al. (2014) realizaram um estudo com oito mulheres obesas com DM, com o objetivo de compreender como elas percebiam seu corpo. Os dados revelaram que as participantes atribuíam ao corpo intencionalidades e significados negativos. Apontou-se, nesse estudo, que os profissionais de saúde podem favorecer nessas mulheres um olhar que as aproxime do autocuidado, fortalecendo seu senso de autonomia e responsabilidade para si, possibilitando apropriação do corpo vivido.

Além das mudanças na dieta, para o controle glicêmico e prevenção das complicações advindas do DM, é recomendado aos sujeitos com essa doença a adesão também ao tratamento medicamentoso e a prática regular de atividade física.

Quanto à terapia medicamentosa, Gimenes, Zanetti e Haas (2009) afirmam que, no caso do DM, muitos sujeitos acreditam não haver necessidade de adesão à mesma, face ao caráter assintomático da doença. Isso vem refletido na narrativa de Berilo, pois “[...] lá na roça ninguém tomava remédio de diabetes não, meu filho. Ninguém tava nem aí”, e Esmeralda que tomou “[...] remédio com ele (o médico) muito tempo e eu acho que foi com ele mesmo que eu fiquei mais melhor. [...] Depois vim embora pra cá e não procurei mais médico mais e fiquei por aqui dois anos sem procurar médico”, e **depois** Rubi, referindo que “naquele tempo não usava remédio pra diabetes não”.

Desde 2012 os medicamentos para HAS e DM são distribuídos gratuitamente através do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2012b) que funciona tanto em farmácias específicas como em farmácias privadas. Em 2014, cerca de 15 mil drogas em todo país estavam conveniadas ao programa. A estimativa na época era que 900 mil diabéticos e hipertensos estavam sendo beneficiados (BRASIL, 2014a).

Berilo conta também sobre o cuidado em ingerir medicamentos, antes ou depois do consumo de bebidas alcólicas, pois “às vezes (bebo) no domingo. Na semana eu não bebo de jeito nenhum. Se eu tomar no domingo, sábado eu tomo o meu remédio e domingo eu só tomo o do coração”. Isso se baseia, a nosso ver, na crença, referida por Barsaglini (2011), de que misturá-los pode provocar sérias complicações à saúde.

A respeito à adesão ao tratamento, Seara, Rodrigues e Rocha (2013) realizaram um estudo qualitativo com nove sujeitos de uma associação de DM, na cidade de Itabuna-BA, para compreender os fatores que interferiam em tal fenômeno. Os resultados demonstraram que a trajetória empreendida pelos mesmos, desde o momento do diagnóstico até a adoção de mudanças no comportamento, foi marcada pelo medo de perder uma parte do corpo ou a própria vida. À medida que essa ameaça se fazia presente no corpo, por meio das complicações advindas da doença, o sujeito se sentia estimulado a aderir ao tratamento. Inferiu-se que, quando o sujeito diabético é assintomático, a compreensão da doença e das complicações, que dela decorrem, ficam mascaradas.

Quanto à atividade física¹¹ e o exercício físico¹² para os sujeitos diabéticos, pode-se afirmar que, ambas as práticas, melhoram o controle glicêmico, diminuem os fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, auxilia na perda de peso, melhora o bem estar, entre outros (BRASIL, 2013a).

As prescrições de exercícios físicos para os sujeitos com DM merecem uma atenção redobrada:

Antes de iniciar um programa de exercícios, deve-se afastar a presença de complicações, bem como ter cuidados extras com os usuários de insulina e hipoglicemiantes, para evitar uma possível hipoglicemia (reduzir a dose de insulina, injetá-la no abdômen ou membros menos exercitado, trazer consigo alimento contendo carboidrato para eventual crise e estar alerta para os seus sintomas) (BARSAGLINI, 2011, p. 79).

Apesar da prática de exercícios e atividades físicas serem de bastante relevância para o controle glicêmico, neste estudo, apenas dois sujeitos fizeram afirmações sobre o assunto. Ônix narra que faz alguns exercícios “deitado ainda [...] de manhã, a noite deitado. Eu pedalo. Quem me ensinou? Não, eu perguntei [...] Não, eu fazia, né? Ó, eu pedalava, pedalava e depois fazia as coisas pra cá e depois pra lá com os pé e depois pra cá, né? Entendeu, né? E, deitar e puxar essa perna assim, né? Depois eu faço assim, né? Aqui, né? Um pouquinho, né? Porque não pode ser logo e forte não, né? Aí vou aumentando até que eu vou lá e volto cá e volta [...] entendeu, né? (Faz demonstração dos exercícios) [...] difícil, né? Só se a pessoa me chamar, né? Mas quando eu acordo, eu tenho que fazer, né? Perguntei o médico se vale a pena ‘Vale sim, prossiga!’ o médico falou pra mim”, e **depois** Cristal afirma não fazer exercícios fora de casa, “só aqui mesmo. Eu varro tudo, passo pano, vou levar menino e deixo menino na escola, faço comida, lavo roupa, estendo, guardo [...] Só esse daí que é o meu exercício . Tem vez de noite que eu sento aqui e fico cansada. É por isso que eu não caminho [...] eu já luto o dia inteiro”.

¹¹ Atividade física é qualquer movimento do corpo, produzido pelos músculos esqueléticos, que resultem em gasto energético maior que os níveis de repouso. O termo se refere, moderadamente, aos exercícios realizados com a finalidade de manter a saúde física, mental e espiritual (BRASIL, 2013a).

¹² Exercício físico é qualquer atividade física que mantém ou aumenta a aptidão física em geral, ou seja, uma atividade física executada de forma planejada, estruturada e de forma repetitiva, com o objetivo de melhorar a performance física. O objetivo dessa prática de exercício inclui o reforço da musculatura e do sistema cardiovascular, a perda de peso e/ou a sua manutenção e o aperfeiçoamento das habilidades atléticas (BRASIL, 2013a).

A tríade do autocuidado – atividade física e/ou exercício físico, dieta e medicação (CYRINO, 2009) –, ao sujeito diabético é marcada “pela ideia de uma necessária força interior de tenacidade e obstinação ou um estado de espírito de valorização de algo imprescindível para atingir o controle necessário” (CYRINO, 2009, p. 88) da doença.

É importante considerar que o DM não controlado pode promover, em longo prazo, falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013a); evidenciada, assim, pelas complicações originadas da doença.

As complicações advindas do DM podem ser classificadas como agudas ou crônicas. As complicações agudas abrangem a cetoacidose diabética, síndrome de hiperglicemia hiperosmolar e hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser agrupadas da seguinte forma: microvascular (nefropatia e retinopatia), macrovascular (doença vascular periférica e doença isquêmica) e neuropatia (periférica e autonômica) (DAVIDSON, 2001).

Esmeralda, com baixa visão, informa que “agora enxergar que quase não estou enxergando quase nada. Só neve”, e Jade, com problemas na visão, diz que “a visão? Esquecida. As pessoas, quer dizer, eu vejo as pessoas por aqui [...] às vezes pela voz”, e Rubi, com baixa visão, conta que “acabar (a visão) mesmo faz uns três anos que acabou”, e **depois** Safira, com dificuldade de enxergar, narra que “nas vistas tem hora que, que (não enxergo) [...] quando eu tô tecendo, né?”.

Para Esmeralda recuperar a visão, ao que parece, não tem jeito mais, “eu estou desde de janeiro com a minha nora levando pra ver se fazia o tratamento nas vistas, mas não pode por causa da diabetes. Falou que não podia mexer nas vistas mode o diabetes. Pode fazer cirurgia não. Eu fui pra fazer exame nas vistas pra pegar o óculos. Fui fazer exame e fiquei sem o óculos”, e Jade, entre idas e vindas, vem buscando cirurgia, mas “inté hoje elas (funcionárias da UBS Jardim Carapina) não marcou ainda”, e Rubi até correu atrás, teve a cirurgia marcada, mas “operação [...] eu fiquei sete meses esperando pra operar. Faltando dois dias, aí foi e cancelou” devido à amputação do primeiro pododáctilo direito, e **depois** Safira, até então, não havia buscado a unidade de saúde para falar sobre seu comprometimento de visão.

Berilo também já apresentou algumas complicações na visão, procurou um consultório particular de oftalmologia e “fui operado das vista. Tinha uma catraca. Catarata! (Tem) Uns dois anos. Tinha uma neve no olho. Aí procurei a doutora no plano. Aí fui lá e ela

examinou e falou catara. Aí marcou a cirurgia e operei. Eu marquei a cirurgia e ela operou. Operei um (olho) primeiro e depois operou o outro. Fiquei uns seis dias com o tampão. Tem que operar um e depois botar o outro. (Hoje eu) Enxergo legal. Tem um óculos aí, mas não uso. Só uso quando vou ler umas letrinhas miudinhas. Ficou bom depois da cirurgia, graças a Deus”, e **depois** Ônix passou por cirurgias, mas atualmente ainda sente dificuldade de enxergar, “pois é, a visão, eu fiz cirurgia desse olho (direito) aqui e complicou, mas firmou. Fiz esse aqui com Dr. Oftalmologista 1 – grande médico –, entendeu? É a laser, né? Mas acho que esse aqui (olho esquerdo) foi a laser não. Tem operação sem ser a laser? Tem né? [...] das vistas [...] Dr. Oftalmologista 2 e esse aqui (direito) foi Dr. Oftalmologista 1. Só que ontem, anteontem, eu fui na farmácia comprar um remédio, né? Deixa eu ver que remédio eu fui comprar [...] e escurecer [...] vim de lá pra cá com essa dificuldade. Vem cá, o problema de vista quando escurece tudo, a tonteira é [...] eu fico meio tonto ou bambo, sei lá, entendeu? Mas de vez em quando eu fico bom, mas na maioria das vezes, por exemplo, eu fui comprar pão ali e hoje eu tenho que ir com jeito, com jeito. É pertinho, né? Eu vou. Agora o médico de vista Dr. Oftalmologista 2 não me falou nada, mas o Dr. Oftalmologista 1, o que fez a primeira cirurgia, entendeu? Demorou, entendeu? Ou melhor, está demorando, pois agora ela (a visão) está caindo junto com essa. É [...] recomendou muito que eu não podia subir escadas, que eu não podia dormir assim (ficar na cama muito tempo), é [...] Só ele, é [...] ele liberou televisão. Uma outra (pessoa) que operou, ela foi proibida de assistir televisão. O que você acha? A Agente Comunitária de Saúde 1 também pode ajudar a responder. Ó Agente Comunitária de Saúde 1, televisão pode prejudicar? [...] Esse daqui (olho direito), quando tirou o curativo, tava igual tá agora, entendeu? Ó, eu tô enxergando mal. Tentei ler aqui a conta de luz e não consegui. E eu operei lá na Santa Casa com Dr. Oftalmologista 1 e tirei aqui na clínica dele, na Terceira Ponte”.

A perda de visão, segundo Vash (1988), é a deficiência mais temida entre as pessoas em geral. Isso se justifica porque, associada a ela, vem o medo da perda de funções e capacidades importantes (RODRIGUES, 2004). Essa mudança acarreta “conflitos e distanciamentos dos sujeitos de suas esferas de pertença e do rompimento dos laços até então compartilhados” (CORREIA, 2009, p. 34).

Além disso, Rodrigues (2004) destaca que a cegueira é objeto de muitas pesquisas, no tocante às questões educativas de crianças, “o que poderia sugerir que esta população é a mais afectada pela deficiência visual” (RODRIGUES, 2004. P. 10).

Entretanto, no Brasil, pelo menos os dados do IBGE (2012) demonstram exatamente o contrário; ou seja, a deficiência visual atinge maior parte da população idosa.

Dados divulgados pelo IBGE (2012) sobre o Censo de 2010 expressaram que 45,5 milhões de brasileiros declaram ter alguma deficiência. Esse número representou 23,9% da população do país. Dentre todas as deficiências, as relacionadas à visão foi a que mais apareceu entre as respostas dos entrevistados e chegou a 35,7 milhões de pessoas. Pela pesquisa, 18,8% dos entrevistados afirmaram ter dificuldade de enxergar mesmo com óculos ou lentes de contato. Destas, mais de 734,4 mil disseram não conseguir caminhar ou subir escadas de modo algum e mais de 3,6 milhões informaram ter grande dificuldade de locomoção. Quanto a idade, a deficiência visual teve maior prevalência entre todos os grupos de idade, sendo bastante acentuada no grupo acima de 65 anos, ocorrendo em quase metade da população desse segmento (49,8%).

Algumas circunstâncias, como o aumento da população idosa e a exposição às doenças de longa duração – por exemplo, o DM –, propiciam que, cada vez mais tardiamente, os sujeitos sejam afetados pelas deficiências visuais, tendo, portanto, frequentemente, que passar por essa experiência (RODRIGUES, 2004).

O DM pode desencadear mudanças fisiológicas em todos os componentes do sistema ocular. Essas alterações acontecem principalmente devido à opacificação do cristalino e às alterações vasculares retinianas; ambas podendo levar à baixa visão, reversível ou não (PEREIRA; ARCHER; RUIZ, 2009). Dentre os problemas oftalmológicos, a complicação mais frequente, relacionada ao DM, é a retinopatia diabética (RD) (THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 2002). Esta pode ser definida como uma microangiopatia que vem acompanhada por um conjunto de alterações que se manifestam no fundo ocular. Geralmente, essas manifestações mantêm-se assintomáticas por um longo período até que se traduzam em perdas visuais, frequentemente por edema macular (SANTOS, 2009). Acredita-se que ela está presente em grande parte dos casos de pessoas que convivem com a doença por mais de quinze anos. É a principal causa de cegueira em adultos abaixo de sessenta e cinco anos e é a segunda maior causa de novos casos de cegueira na população norte-americana (THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 2002). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2015), no Brasil ainda não há estudos que demonstrem, com precisão, a prevalência da RD. Entretanto, alguns estudos realizados em diferentes regiões do país referem prevalência variando de 24 a 39%, sendo a sua maior frequência em pessoas residentes em regiões não metropolitanas. Ademais, quando se avalia as estatísticas disponíveis, com percentuais de outros países, estima-se que aproximadamente dois milhões de brasileiros tem algum grau de RD, podendo presumir que uma parte importante dessas pessoas apresentará algum grau de perda visual relacionado à doença.

É importante ressaltar que existem algumas diferenças entre pessoas que nunca viram, ou seja, sofrem de cegueira congênita¹³, e pessoas que perderam a sua visão, depois de terem enxergado durante um período de tempo, seja ele longo ou curto. Essas diferenças baseiam-se na aquisição de conceitos físicos, no desenvolvimento da motricidade (RODRIGUES, 2004) e mudanças psicológicas.

¹³ Indivíduo que nasce com a cegueira (ALMEIRA; ARAÚJO, 2013).

Falvo (2005) argumenta que pessoas que têm cegueira congênita não tiveram a oportunidade de se aproximarem de conceitos como distância, profundidade, cor e proporção. Devido à falta de experiências visuais no ambiente, observação de tarefas e comportamentos dos outros, essas pessoas aprendem, através de meios alternativos, conceitos que os indivíduos que enxergam sem problemas têm por adquiridos. Com a perda de visão tardia, as pessoas poderão basear-se nas suas experiências visuais como ponto de referência para conceitos físicos. Tais condições implicam em diferenciadas formas das pessoas situarem-se no mundo.

Além da cegueira congênita e cegueira adquirida¹⁴, outro problema importante que atinge o sistema ocular e, vivenciado por Esmeralda e Jade e depois Rubi, é a visão residual¹⁵. Esta, acompanhada da cegueira adquirida, constitui variáveis “de difícil controle, pela diversidade de fenômenos a elas relacionados: diferentes graus de acuidade e de eficiência visual e diferentes idades da perda visual” (AMIRALIAN, p. 17, 2004).

Indivíduos com visão parcial (baixa visão) não tem menos problemas de ajustamento que aqueles que são totalmente cegos, e na verdade podem ter mais dificuldades de adaptação porque sua visão parcial apresenta uma ambígua situação para os outros. Além disso, indivíduos com visão parcial pode apresentar altos níveis de ansiedade, porque eles não têm certeza sobre se ou quando eles vão perder sua visão residual (FALVO, p. 137, 2005; tradução nossa).

O medo da perda da visão perpassa as falas de Jade, pois o que a incomoda “mais é isso: o medo de ficar cega dentro de casa e as meninas lá usando coisa ruim. Eu peço tanto a Deus para eu ficar boa”, e Ônix relata que mesmo depois da cirurgia “eu tô enxergando mal. Tentei ler aqui a conta de luz e não consegui”, e Rubi, que lamenta por não conseguir “[...] assinar. Não enxergo”, e depois Esmeralda que, para o tempo passar mais rápido, fica “assim sentada. Televisão eu assisto, mas ruim pra enxergar”.

Outra complicação importante que atinge os sujeitos com DM é a neuropatia periférica, “porque eu só preciso de pés livres, de mãos dadas e de olhos bem abertos” (ROSA citado por LEONEL, p. 137, 2000). Esmeralda, sem pernas e com alterações periféricas em ambas as mãos, conta que “[...] as pernas começou a pocar os dedos. Tentou cuidar, mas viu que não deu. Aí o medico veio e falou assim: ‘É Dona Esmeralda, eu tô fazendo tudo pra não deixar a senhora sem perna, mas estou vendo

¹⁴ Indivíduo que adquire a cegueira ao longo da vida (ALMEIRA; ARAÚJO, 2013).

¹⁵ Também denominada de baixa visão, é a acuidade visual residual entre 6/60 e 6/20 (ORMELEZI, 2000)

que não vai dá. Eu vou arriscar [...]’. Fiquei pelejando ainda pra, se Deus abençoar, não arruinar o outro pé. Mas o médico falou: ‘Eu vou tirar, mas o outro pé vai arruinar’. Eu sempre ia na unidade fazer curativo. Lavava, banhava, passava pomada, mas não teve jeito” [...] Agora eu tô vendo que minha mão tá ruindo. Começou uma mancha preta aqui, mas agora não tá preta muito não. Ficou pretinha essa mão e a unha roxeou tudo [...] essa daqui (mão direita), mas [...] adormeceu essa mão todinha. Eu tô pensando ‘Meu Deus e meu Jesus, não deixa não [...] Jesus não deixa eu ficar sem minhas mãos. Porque minhas pernas já foi’”, e Rubi, sem o primeiro pododáctilo direito – uma perda recente –, conta que “[...] pisei nos cacos de vidro, só que eu não vi na hora [...] entrou debaixo do dedo e entrou assim nas minhas pernas e meus dedos com caco de vidro. Aí daí eu tenho falta de circulação, né? Por causa da diabetes e os pés são dormentes, dormentes. Aí eu fui lá no postinho, fiz curativo e depois o médico mandou [...] mandou ir pro Jayme (Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves) fazer [...]. Tirou de três vezes. Tirou um pedaço, aí ficou um pedacinho. Fiquei lá mais três dias. E depois fui embora e voltei com quinze dia. Aí voltei lá e tiraram um pedacinho. Aí mais quinze dias, e tirou mais outro pedaço, e, graças a Deus, agora sarou”, e Cristal, com parestesia nas mãos e pés, “tava notando, de uns dias pra cá, sentindo umas dormências nos pés. Eu tô achando. Essa unha tem alguma coisa aí. E as das mãos também. Mas é só os dedos, olha”, e **depois** Berilo, com ferida no tornozelo, conta que estava andando “de bicicleta aí, o pedal da bicicleta passou, porque aqui é muito fininho (se refere a pele do tornozelo), sabe? O pedal passou e rancou uma banda. E nessa banda, meu filho, não quer sarar de jeito nenhum. Tem poucos tempo aqui. Não tem nem um ano, eu acho. Passava fechada, mas o pedal passou e rancou uma banda. E nisso, meu filho, o burquinho não fechou nem por cão”.

Neuropatia diabética, segundo Barsaglini (2011), é um quadro variado de múltiplos sinais e sintomas que acometem vários locais nas fibras nervosas sensoriais (atingindo a sensibilidade), motoras (afetando pequenos músculos, o facial, o ocular, das mãos e pés) e autonômicas (comprometimento da denervação do sistema cardiovascular, alterações do aparelho intestinal e urogenital, entre outros). Está bastante associada à doença vascular periférica, traumatismo, deformidades e infecções, que, na maioria das vezes, evoluem para lesões denominadas “pé diabético” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Estima-se que 24,4% do total das despesas de cuidados de saúde entre a população diabética do Medicare (programa nacional de Seguro Social, administrado pelo governo federal dos Estados Unidos) está relacionada com complicações do pé (SARGE; HOFFSTAD MARGOLIS, 2013). Duarte e Gonçalves (2011) afirmam que o risco de um sujeito com DM desenvolver úlcera de pé ao longo da vida chega a atingir 25% e acredita-se que, no mundo, a cada trinta segundos ocorrem uma amputação do membro inferior, em decorrência desta complicação.

A amputação de um segmento corporal vem carregada de sentimentos ambíguos, que interagem entre si e permanecem unidos, permeando a existência, no pré-operatório, durante a hospitalização e após a alta. Perder parte do corpo é doloroso e impõe um novo modo de viver, de estar-no-mundo e se relacionar com ele, exigindo um novo dimensionar, pois o corpo foi afetado e, conseqüentemente, a percepção do mundo e das coisas também (CHINI; BOEME, 2007).

Na relação com o mundo, ao se questionar uma parte do corpo que não mais existe, haverá uma resposta real e não mais ideal ou habitual. Essa nova realidade gera medo, dor, angústia, pois ter que se readaptar a um novo modo de existir e transpor barreiras em direção às possibilidades reais é, num primeiro momento, algo complexo e difícil (CHINI; BOEME, 2007, p. 7).

Dessa forma, durante o processo de reabilitação, torna-se evidente a importância do desenvolvimento harmônico, pois reabilitar um sujeito não é só devolvê-lo à sociedade, como uma pessoa independente, apesar da deficiência. A reabilitação deve ser capaz de levar ao sujeito perspectivas de um fazer cotidiano ideal, de um existir modificado, que permita manter a abertura ao mundo e às coisas (CHINI; BOEME, 2007).

Com o objetivo de descrever a percepção de sete sujeitos com DM 2, em relação à amputação sofrida e expectativas para o futuro, Lucas et al. (2010) realizaram um estudo em um hospital público, de grande porte, de Uberaba-MG. Além do apego religioso, os resultados demonstraram as apreensões associadas às ideias de dependência às atividades diárias e o medo de reviver uma nova amputação, também observado nas falas de Esmeralda: “eu tô pensando ‘meu Deus e meu Jesus, não deixa não [...] Jesus não deixa eu ficar sem minhas mãos, porque minhas pernas já foi”.



Tríptico de fotografias 1. Complicações de membros inferiores apresentadas por três dos setes sujeitos que compõem o estudo. À esquerda, sujeito com ferida na região lateral direita da tíbia; no centro, sujeito com membros inferiores amputados; à direita, sujeito com primeiro pododáctilo do pé direito amputado.

Fonte: Acervo do autor, 2015.

Bello et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a vivência do idoso institucionalizado de Maceió-AL, com membros inferiores amputados, decorrentes de complicações do DM, sendo que o resultados aprontaram que o processo de amputação envolveu sentimentos de perda, dependência e isolamento social. Ademais, a amputação significou vivenciar um cotidiano permeado por dificuldades e limitações, e sofrer pela dependência de outras pessoas para realizar atividades básicas de vida diária.

Cumpre salientar que, após a perda de um membro, o processo de adaptação se faz lenta e gradativamente, incluindo a habilidade funcional e presença, algumas vezes, de dor fantasma¹⁶, concordando com parte da narrativa de Esmeralda, que diz “[...] eu sinto. Tem dia que eu sinto. Sinto tanta falta. Um dia desse eu levantei de manhã cedo e quando foi, por uma coisa, eu tinha caído. Eu pensei que eu tinha minhas pernas. Eu ia pelejando pra descer da cama. Aí minha filha gritou: ‘Mamãe, o que a senhora vai fazer aí?’ Eu esqueci. Pra mim, era como se eu tivesse pernas. E eu fico assim né? Com que minhas pernas, dói muito. Como que tenho as pernas. Dói até em baixo. Parece que minhas pernas tá aí”.

Vale considerar que as lesões nos pés, bem como “o prolongamento da vida do diabético, é uma questão ligada à saúde, mas também ao meio ambiente” (COQUEIRO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2014, p. 4). Os locais onde se assentam as

¹⁶ Dor fantasma é uma sensação dolorosa sentida na parte ausente do corpo – uma amputação, por exemplo. Ademais, 80% dos sujeitos que sofreram amputação sentem alguma dor fantasma durante o processo de cicatrização, estabilizando alguns meses após a cirurgia, mas podendo ocorrer por vários meses e anos (MAGÉE, 2015).

famílias mais pobres – territórios populares –, registram possibilidades de acidentes (SANTOS et al. 2011), e o acesso às moradias, através de becos e ruas esburacas, bem como, a própria estrutura física da casa – escadas a céu aberto, sem corrimão, portões de madeira improvisados, com exposição de ferro e pregos, entre outros -, são um complicador, especialmente para os moradores mais idosos, e um risco em potencial de lesão nos membros superiores e inferiores, observado nas residências de Safira e Berilo e Ônix e Cristal e depois Esmeralda.



Díptico de fotografias 2. Em ambas casas o acesso se dá por escadas sem corrimão e a céu aberto.

Fonte: Acervo do autor, 2015.

É importante destacar que, além da convivência com o DM e suas complicações, esses sujeitos ainda possuem outras doenças concomitantes que, possivelmente, dinamizam os ITs, por necessitarem de maior atenção, uso de medicação e frequência nos serviços de saúde.

Berilo, hipertenso e com DPOC, conta que tem “duas farmácias. Você quer ver os remédios todinhos? Vem cá pro senhor ver o remédio. Esse aqui (medicamento de coração) é o que tá mais lascando minha vida”. Por conta de complicações advindas de suas doenças, ele “quase que eu fui embora. Eu parei no CTI lá no (Hospital) Evangélico. Graças a meu bom Deus, hoje eu estou bom. Eu não aguentava subir essa escada aqui (aponta para escada da sua casa)”, e Cristal, hipertensa e com hipotireoidismo, “repetiu um monte de exames” para confirmação das altas taxas do hormônio TSH, “aí (a médica disse) é que eu tinha mesmo e (me encaminhou) na

endócrino lá em cima na policlínica e hoje tem um monte (nódulos no pescoço). Fiz pulsão e não deu [...] deu negativo para magnitude, mas não dá pra pegar todos os caroços pra fazer pulsão, aí ela quer que faz cirurgia agora pra tirar. Tá lá no posto (encaminhamento para cirurgia), mas não marcou, porque ela nunca (funcionária da UBS Jardim Carapina) me chamou”. Além disso, Cristal sofre muito por conta da gigantomastia, pois “eu tenho que sair, boto sutiã. Lá na rua mesmo, dá vontade de fazer assim, aí eu tiro; aí que alivia, mas mesmo assim [...] eu tinha que fazer a cirurgia. Então, o que me atrapalha muito é o peito”, e Jade, hipertensa e com epilepsia, “teve um dia que eu caí ali detrás de uma turma ali. Os rapaz viram e chamaram a ambulância. Dá um negócio assim, um negócio que eu fico tonta assim [...] não conheço mais ninguém. Agora desde que eu tô tomando esse negócio (medicamento) da pelepsia. Tomo remédio direitinho, não voltou. [...] Muitas vezes caía. Cortava a língua toda”, e **depois** Ônix, hipertenso e com hiperplasia benigna da próstata, é acompanhado pelo urologista e toma “ [...] finasterida. Eu quero ver o companheiro da finasterida (tenta lembrar o nome do outro medicamento que toma). Deixa eu ver como é que chama, meu Deus. Caríssimo? É uma fórmula da Holanda”.

Dentro desse contexto – DM, doenças concomitantes, mudanças de hábitos, entre outros problemas –, a família constitui um ponto de apoio importante para a adaptação do sujeito, quanto à convivência com a doença.

Os vínculos nas famílias nucleares e a relação extensa do parentesco (particularmente os vínculos intergeracionais) são considerados importantes elementos na vida cotidiana das famílias e das comunidades onde se inserem. Esses aspectos se relacionam diretamente com a habilidade de consecução de apoio social através da participação em redes – portanto, da saúde individual e coletiva, uma vez que são importantes mediadores das escolhas terapêuticas dos membros das redes primárias (família, vizinho e amigos) (TAVARES; ROCHA, 2015, p. 138.).

A família é o ponto central que pode potencializar, ou não, o sujeito com DM, quanto ao gerenciamento da doença e as metas do seu tratamento, pois a organização familiar intervém fortemente no comportamento de saúde de seus membros, e o estado de saúde de cada indivíduo influencia no modo como a unidade familiar funciona (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

O cuidado no domicílio, prestado pelas famílias, é valorizado nos dias atuais por uma conjunção de fatores que favorece o doente, sendo caracterizados como opção

importante na condução do tratamento das doenças de longa duração (SILVEIRA, 2011), como o DM.

Fort et al. (2013) realizaram doze grupos focais com setenta sujeitos com DM e HAS, em San José (Costa Rica) e Tuxtla Gutiérrez (México), para compreender os fatores que facilitam ou dificultam o gerenciamento da doença. Os resultados demonstraram, entre outros, o apoio familiar e comunitário como principais fatores que ajudaram no gerenciamento em relação às doenças.

Esmeralda conta que “vinha de lá de Linhares, passava na casa da minha filha e ela me levava lá (para consulta com o médico)” e para tomar “comprimido e insulina. (Quem aplica são) minha filhas, minhas netas [...]”, e Ônix mora sozinho, mas conta com ajuda do filho, que mora perto, **e depois** Rubi, que percebeu que tinha cacos de vidro alojados em seus pés quando “meu netinho de três anos tava brincando e olhou assim pro meu pé e disse ‘Vó, você está com dodói no seu pé, Vó’. Porque era debaixo do dedo, né? Aí foi quando minha filha olhou, né? Porque eu tô enxergando muito pouco. E ela falou ‘Mãe, você está com pés cheios de cacos [...] pés estão quase caindo’. Mas eu não sentia dor não. ‘Estão quase caindo esses dedos da senhora, Mãe’ (disse a filha). Aí eu fui lá no postinho, fiz curativo e depois o médico mandou (ir para o hospital) [...]. Minha nora ia me levar. Todo dia. Ficava bem uma hora (esperando atendimento), né?”

Corrêa, Bellato e Araújo (2015) apontam que os modos de cuidar da família, ao sujeito idoso com doença de longa duração, são particularizados, pois podem ser produzidos e modelados de acordo com a realidade, cotidiano dos membros familiares e necessidade do sujeito adoecido. O fato da família não residir no mesmo espaço que o sujeito doente também constitui um modo de cuidar, pois permite que o sujeito desenvolva seus potenciais de cuidado, amparado, sempre que necessário, pela família, que além de respeitar a vontade do mesmo, expressa que o cuidado familiar não foca apenas nas questões biológicas, mas com o bem estar e felicidade deste.

Entretanto, Cyrino (2009) refere que a falta de apoio e/ou conflito – tensão, atritos e brigas –, no interior da esfera familiar, pode ser uma barreira para o autocuidado e autocontrole do sujeito com DM. Isso ratifica a busca por cuidado, implementada por Jade, pois a mesma, além de morar só, vai aos serviços de saúde “[...] sozinha, porque eles (a família) não ligam pra mim. Eu só tenho um filho, mas ele não liga pra mim”.

Além da importância do apoio familiar no gerenciamento do DM, considera-se valiosa essa assistência também em outras “experiências fragilizadoras e que levam a sofrimentos, podendo as mesmas também se mostrarem crônicas (longa duração), ainda que com gradientes variados” (BARSAGLINI, 2015 ,p. 87).

Berilo diz que, quando fraturou a perna, seu pai “vendeu umas terras pra cuidar de mim”; quando esteve no CTI “veio minha filha de Belém pra me visitar, porque eu tava mal” e, atualmente, a saudade é grande, pois “tenho um neto com sete meses. Eu tô doido pra ver o bichinho. Vi o bichinho pela internet, mas é tão bonitinho aquele desgramado. Tô doido pra ver. Quer que eu vou no natal, mas não posso não. Não tenho dinheiro. Tem baldeação lá. Elas disseram ‘Ó pai, vamos fazer uma coisa com o senhor. Nós paga a passagem’”. Eu disse ‘Paga que eu vou’. ‘Quando você quer vir?’ disse ela. Eu disse ‘Em dezembro, fim do ano’. Aí em dezembro elas vão comprar a passagem pra eu ir. Uma boa ideia, né? Eu visitar meu bichinho que vai fazer um ano e nunca vi. Só isso. Meu Deus, queria tanto ir em Belém do Pará (olha para fotos das filhas)”, e Cristal, muito querida pelos familiares, um dia “estava estendendo a roupa e, eu sou meio estabanada, bati a mão numa lasca de pau e entrou no dedo. Aí eu achei que quebrou, mas quando coloquei a agulha, chegou a sair sangue. Quando eu lembrei, o dedo já estava dessa grossura aqui, ó (demonstra com a mão o calibre aumentado do dedo). Todo dia de noite eu chorava. E minha filha falava: ‘Mãe, se a senhora ficar chorando eu vou lá pra fora, viu?’. E eu ficava no sofá, chorando: ‘Meu dedo, neném’”, e Esmeralda conta que o “genro [...]. Ele arranhou um barraco pra mim aí eu vim. Peguei, entrei e fiquei ali dentro. Ele foi e fez meu barraco aqui (atual casa)”, e **depois** Safira vive com o marido, “mas não tem (renda) não, meu filho. O meu companheiro tem um caminhão. O dia que ele faz frete, tem; o dia que não faz, não tem; aí passa assim mesmo. Deus não deixa faltar [...] Eu gosto (de fazer crochê), né? Porque ficar parada é ruim. Coloco a cadeira (aponta para a porta) e teço aqui. Fico pensando tanta coisa. [...] Tem vez que eu vendo e tem vez que não”.

Outra questão importante, a ser considerada na convivência com o DM, é perseverança e a fé, evidenciadas pelo significativo valor atribuído à religiosidade, no enfrentamento da doença e outros problemas. A fé em Deus é mencionada por Jade e Berilo e Esmeralda e Rubi e **depois** Safira, como solução, ajuda e cura dos problemas de saúde.

Jade, depois que conseguiu aposentar, afirma que a vida melhorou porque “o pouco com Deus é muito e o muito sem Deus é nada, [...] antigamente eu não tinha esse salário”, e quanto à perda da visão, “peço tanto a Deus para eu ficar boa”, e Berilo, quando ficou na UTI, “pensava só chamando Jesus pra me ajudar. Só isso: ‘Me ajuda, meu Jesus. Não me deixa ir embora não’”, e Esmeralda, com alterações periféricas em ambas as mãos, faz uma prece pedindo para “Meu Deus e meu Jesus, não deixa não [...] Jesus não deixa eu ficar sem minhas mãos”, e Rubi, por conta dos problemas nos pé, “passei mais de um ano e pouco sem ir na igreja. Domingo passado agora eu fui na igreja. Eu não podia calçar, né? Meu pé [...] sabe o solado do pé? Eu fui domingo e fiquei segunda, terça [...] até terça-feira com o pé inchadão”, e **depois** Safira acredita que “com fé em Deus e em Jesus, meu filho, eu vou ser curada disso. Eles falam que não tem cura, não tem cura [...] a gente tendo fé [...]. Eu tenho muita fé, mas não vou em igreja não, sabe? Minhas orações eu faço em casa. Eu tenho fé em Deus, né? Eu peço muito nas orações para Deus, né? Eu não penso assim não, sabe? Eu só penso assim, né? De tomar o remédio com fé e ser curada, né? Não só eu, mas todos [...] vários os todos que tomam o remédio. Eu pego muito é com Deus e Nossa Senhora Aparecida”.

Duarte et al. (2008), em um estudo denominado Saúde Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), realizado especificamente com idosos de 60 a 90 anos, na cidade de São Paulo-SP, concluíram que a religiosidade parece representar dispositivo de apoio importante para as pessoas idosas, no enfrentamento dos problemas cotidianos (como as doenças de longa duração), auxiliando para uma maior satisfação com a vida e menores sentimentos de desamparo e desesperança.

É relevante frisar que, apesar da convivência com a doença e as adversidades apresentadas no enfrentamento dos problemas diários, os sujeitos com DM experimentam momentos de alegria. Sobre isso, Cristal conta que um dos acontecimentos mais marcantes da sua vida foi o nascimento da sua filha, “ela nasceu com quatro quilos e pouco, quase cinco”, e **depois** Esmeralda que, no dia das mães, “[...] passei na casa da minha filha. Vi meus netos, meus bisnetos, meus filhos e o pastor, porque eles vão lá na igreja dela. Fez um culto muito, muito feliz lá pra nós ontem, graças a Deus. Um dia muito feliz”.

Berilo e Cristal e Safira e Esmeralda e Rubi e Ônix e **depois** Jade, assim como os sujeitos que participaram do estudo de Barsaglini (2011), fazem parte de uma

população urbanizada e, com isso, dispõem de serviços oficiais de saúde, bem como a outras terapias alternativas. Há de se considerar, no entanto, que as referidas terapias alternativas, assim denominadas pela autora, constituem no SUS, na atualidade, um conjunto de práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2006b), tais como a fitoterapia e a homeopatia, referidas, respectivamente, por Jade e Rubi.

Dessa forma, existe um modelo médico hegemônico e, paralelamente, um conjunto de práticas integrativas e complementares, especialmente nos serviços de saúde dos municípios de médio e grande porte, que dinamizam os processos de busca por cuidado em saúde e dão conformidade aos ITs, marcados por modalidades de diferentes especialidades, diagnósticos e procedimentos cirúrgicos, pelos quais Berilo e Cristal e Safira e Esmeralda e Rubi e Ônix e depois Jade relataram em suas narrativas.

Ainda assim, deve-se considerar que, a exceção de Cristal, Berilo e Safira e Esmeralda e Rubi e Ônix e depois Jade encontram-se “numa fase da vida em que os problemas de saúde, decorrentes do desgaste natural do corpo, vão aparecendo e sendo cada vez mais medicalizados” (Barsaglini, 2011, p. 171). Falas de inspiração clínica foram enunciadas, com frequência, nas narrativas dos sujeitos com DM pesquisados:

[...] saber biomédico tem sua relevância, e talvez predominância, graças a alguns fatores como o reconhecimento de seus resultados positivos no controle dessa enfermidade; sua hegemonia no setor da saúde de modo geral; sua crescente oferta no sistema público universal de saúde brasileiro; a ampliação do acesso a tal saber e a sua ampla divulgação pelos vários meios de comunicação em massa (BARSAGLINI, 2011, p. 63)

Em se tratando dos ITs de Berilo e Cristal e Safira e Esmeralda e Rubi e Ônix e depois Jade, é importante considerar que o município da Serra-ES – local onde os sujeitos residem e utilizam frequentemente os serviços de saúde atualmente –, está localizada em uma região cercada de instituições de saúde, públicas e privadas, e estabelecimentos de ensino assentadas na área da saúde, que oferecem diversos serviços gratuitos e, conseqüentemente, essa multiplicidade favorece às escolhas por busca de cuidado em saúde. Entretanto, os sete ITs evidenciaram que atenção à saúde nos municípios poderia ser melhor, se o sistema de referência e contrarreferência dos dispositivos locais funcionassem efetivamente.

Embora exista um predomínio do modelo biomédico nas escolhas terapêuticas dos sujeitos da pesquisa, este modelo não reina sozinho, pois é observada uma diversidade e flexibilidade no uso de serviços de saúde, e terapias que podem ser combinadas ou justapostas, como por exemplo, a utilização do chá da arnica (*Solidago microgrossa DC*) pela Jade, com objetivo de melhorar os seus problemas de saúde.

Este estudo, desde o início de seu processo, permitiu conhecer as trajetórias de cuidado para a saúde de sujeitos com DM, residentes do Território de Jardim Carapina, no município da Serra-ES, bem como, a produção de sentido na experiência de adoecimento de longa duração por essas pessoas.

As narrativas construídas aqui poderão constituir objeto de exploração para as Equipes de Saúde da Unidade de Jardim Carapina, em consonância com a recente Política de Educação Permanente em Saúde, como material para reflexões a respeito de uma nova possibilidade de compreensão do coletivo de sujeitos com DM naquele território, uma vez que todo o material empírico emergiu das falas de sete desses, apontando uma das facetas da “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos [...]” (BRASIL, 2014b, p. 1).

Segundo Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010), esse território onde acontecem ações cuidadoras é de abrangência não somente dos profissionais da saúde, mas também de usuários e suas famílias. Desta forma,

[...] produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento de um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos e sabedoria adquiridos de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010, p. 72).

Espera-se que os IT's aqui narrados sirvam como uma contribuição para potencializar as ações da PNEPS-SUS, tendo um de seus princípios a amorosidade, entendida como “ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade” (Brasil, 2013b, p. 1) entre usuários dos serviços e profissionais de saúde.

Para o pesquisador, este estudo intensificou sua compreensão do desejo enquanto forma de produção – de certa ação desejante –, fruto de narrativas/afecções tocantes que proliferaram, como vivenciado por Costa (2015), “sentidos e significados para além dos condicionamentos impostos pelas hegemonias do mundo que podem chegar até o nível relacional mais íntimo”.

VIVER? NÃO É? É MUITO PERIGOSO

Viver? Não é? É muito perigoso.
Porque ainda não se sabe.
Porque apreender-a-viver é que é o viver mesmo.
Guimarães Rosa

Dissertação em movimento.

Momento de restituição concreta a Jade e Safira e Ônix e Rubi e Berilo e Cristal e **depois** Esmeralda.

Ato caridoso ou gentil? Não, uma atividade intrínseca à pesquisa, uma forma de possibilitar a esses sujeitos, ainda antes da submissão do relatório da dissertação à defesa, a interferência no processo – emissão de uma apreciação, validando ou solicitando, ao pesquisador, ajustes em suas narrativas.

Em cena, como sempre, o acaso, com sua potência de gerar acontecimentos em sua ação afirmativa de produzir a aparição do novo absoluto, da diferença e da singularidade. Tudo em seu ritmo normal? Ainda não se sabe.

Um mau encontro.

Uma sucessão de conflitos entre narcotraficantes e a segurança pública. O marco inicial dessa refrega se deu a partir da morte de um policial à paisana, em um baile funk, no Território de Jardim Carapina, o que colocou o pesquisador em situação de risco, uma vez que o mesmo – figura desconhecida no local –, poderia ser considerado um policial ou, talvez, um investigador, também à paisana.

Quando do término da dissertação a situação ainda não havia sido apaziguada. Voltar ao bairro para proceder a restituição concreta? Muito perigoso. Porque ainda não se sabe...

A pesquisa que se produziu aqui vem apresentar os ITs de Jade e Safira e Ônix e Rubi e Berilo e Cristal e **depois** Esmeralda como um dispositivo potencializador para

o entendimento dos processos de busca de cuidado em saúde, experiência de enfermidade e avaliação da assistência de saúde, empreendidas pelas instituições aos sujeitos com DM.

As narrativas empreendidas por esses sujeitos constituem sentimentos e percepções sobre o viver com doenças e sofrimentos de longa duração. Essas histórias moldam, de maneira atenta, os ditames da enfermidade e as consequências advindas delas.

É evidente que o deixar-se afetar do pesquisador, sobre as narrativas de cada sujeito, provocou um deslocamento de olhar sobre si e sobre o mundo que auxilia.

O DM, como um doença de longa duração, e os ITs, como forma constante de produção, nos colocam aqui o desafio de constante permanência para os profissionais da ESF de Jardim Carapina. Este estudo não finaliza aqui. É uma produção em aberto, inconcluso!

REFERÊNCIAS

ALMEIRA, T. S.; ARAÚJO, F. V. Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. **Revista Interfaces**, v. 1, n. 3, 2013.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

AMIRALIAN, M. L. T. M. Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão. **Educar**, Curitiba, n. 23, 2004.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: Banco Mundial; 2011.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A.M. Agentes comunitários de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, 2014.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

_____. **Introdução à esquizoanálise**. 3. ed. Belo Horizonte: Biblioteca da Fundação Gregório Blaremblytt/Instituto Félix Guattari, 2010.

BARSAGLINI, R. A. Adoecimentos crônicos, condições crônicas, sofrimentos e fragilidades sociais: algumas reflexões. In: CANESQUI, A. M. **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

_____. **As representações sociais e a experiência com o diabetes**: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE, São Paulo: ABRASCO, 2009.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: _____. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

BELLO, E. F.; et al. Vivência do idoso institucionalizado com membros inferiores amputados decorrentes de complicações do diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 1, n. 8, 2014.

BOVE, R. M.; VALA-HAYNES, E.; VALEGGIA, C. Women's Health in Urban Mali: Social Predictors and Health Itineraries. **Soc Sci Med**, v. 75, n. 8, oct. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560408/>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

BRASIL. **Distribuição gratuita de medicamentos do programa Farmácia Popular começa nesta segunda (14)**. Brasília: Portal Brasil, 2014a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2011/02/distribuicao-gratuita-de-medicamentos-do-programa-farmacia-popular-comeca-nesta-segunda-14>>. Acesso: 13 out. 2015

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em 29 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Cadernos de Atenção Básica n. 36**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 19 ago 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução CNS nº 466/12). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. **Portaria nº 1.146, de junho de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1146_01_06_2012.html>. Acesso: 19 ago. 2015.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2014

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006c.

_____. **Portaria Conjunta Nº 02, de 05 de março de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BROTTO, L. D. A. **Itinerário terapêutico da criança com tuberculose no Espírito Santo**. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

BURILLE, A. **Itinerário terapêutico de homens em situação de adoecimento crônico**: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade. 2012. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49719/000851144.pdf?sequence=1>
 >. Acesso em: 25 jul. 2014.

CABRAL, A. L. L. V. **Itinerários terapêuticos**: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estabelecimento de Saúde do Município**: SERRA. CNESNet, Secretaria de Atenção à Saúde, 2014. Disponível em: <
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=32&VCodMunicipio=320500&NomeEstado=ESPIRITO%20SANTO>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CANESQUI, A. M. Adoecimentos de longa duração: análise da literatura publicada em seis periódicos de saúde coletiva/saúde pública. In: _____. **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CASTELLANOS, M. E. P. As narrativas em pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, 2014.

CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 2, n. 15, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COQUEIRO, J. M. et al. A produção de saberes no cuidado aos diabéticos na Estratégia Saúde da Família. **UNICIÊNCIAS**, v.19, n.1, 2015.

COQUEIRO, J. M.; FIGUEIREDO, T. A. M.; SOUZA, A. C. Diabéticos que vivem em territórios populares: considerações sobre maior vulnerabilidade para desenvolverem o “pé diabético”. In: 2º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE E AMBIENTE, 2014, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. v. 2. p. 1-10.

CORRÊA, G. H. L. S. T; BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Diferentes modos da família cuidar da pessoa idosa em situação crônica. **Cienc Cuid Saude**, v. 1, n. 14, 2015.

CORREIA, L. G. P. S. Narrativas sobre a perda de visão: breves reflexões sobre corpo e emoções. **Cuerpos, Emociones y Sociedad**, n. 1, ano 1, 2009.

COSTA, F. S. **Vivência grupal na potencialização de trajetórias participativas de usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD)**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

COUTINHO, A. T.; et al. Integralidade do cuidado com idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, 2013.

CYRINO, A.P. **Entre a ciência e a experiência**: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Editora Unesp; 2009.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes Mellitus**: diagnóstico e tratamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DAY, R. **Como escribir y publicar trabajos científicos**. Washington (DC): OPAS, 1990.

DELLEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. 1. ed. 4. reimpr. v. 2. Rio de Janeiro: Editora 34, 2007.

_____. **O anti-édipo**: capitalismo e esquizofrenia 1. Lisboa: Assírio & Alvim, 2004.

_____. **Mille plateaux**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.

DEL MONACO, R. Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. **Physis**: revista de saúde coletiva, v. 23, n. 2, abr./jun. 2013.

DIAS, A. L. A. **A (re)construção do caminhar**: itinerário terapêutico de pessoas com doença falciforme com histórico de úlcera de perna. 2013. 190 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

DUARTE, N.; GOLÇALVES, A. Pé diabético. **Angiologia e Cirurgia Vascul**, v. 7, n. 2, 2011.

DUARTE, Y. A. O. et al. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 173-177, 2008.

FALVO, D. **Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability**. 3. ed. Jones and Bartlett Publishers, 2005.

FAPESP. Projeto temático. A história do planeta contada pelas rochas. **Revista Pesquisa FAPESP**, 30 ed., 1998.

FARIA, A. P. S. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, 2009.

FARIA, A.P.S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.4, p.752-9, 2008.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. **Atlas de la diabetes de la FID**. 6. ed. 2013. Disponível em: www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf. Acesso em 22 mai. 2014

FERREIRA, D. S. P. et al. Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2013.

FLEISCHER, S. Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. **Anthropologica/Año XXIV**, N.º 24, dic. 2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 405.

FONTE, C. A. A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto do processo de construção de significados. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 2, 2006.

FORT, M. P.; et al. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. **BMC Family Practice**, n. 14, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18. ed. Rio de Janeiro, 2008.

GANCHÓ, C.V. **Como analisar narrativas**. 5.ed. São Paulo: Ática, 1998.

GERHARDT, T. E. et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019. Acesso em: 25 jun. 2014.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n.1, jan./fev. 2009.

IBGE. **Esperança de vida ao nascer (em anos) – Brasil – 2000 a 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/esperancas-de-vida-ao-nascer>. Acesso: 25 jul. 2015.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A2E7311D1013003524D7B79E4/IBGE_CENSO2010_sinopse.pdf Acesso em: 08 set. 2014

_____. **Cartilha do Censo 2010**. Pessoas com deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília : SDH-PR/SNPD, 2012.

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2013.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som um manual prático**. 11. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

JUNGES, J. R.; BAGATINI, T. Construção de sentidos nas narrativas de doentes crônicos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 2, 2010.

KANGOVI, S.; et al. Challenges Faced by Patients with Low Socioeconomic Status During the Post-Hospital Transition. **J Gen Intern Med**, v. 29, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2571-5#page-1>>. Acesso: 02 Jan. 2015.

KIBADI, K. et al. Therapeutic Itineraries of Patients with Ulcerated Forms of Mycobacterium ulcerans (Buruli Ulcer) Disease in a Rural Health Zone in the Democratic Republic of Congo. **Trop Med Int Health**. 2009

LAGO, L. M. et al. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, 2010.

LEITE, L.C.M. **O foco narrativo**. 7.ed. São Paulo: Ática, 1994.

LEONEL, M. C. **Guimarães Rosa: magma e gênese da obra**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LESSA, I. et al. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998. 284 p.

LOPES, A. A. F. O gênero do cuidado de si: as implicações da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. **Cadernos Pagu (UNICAMP. Impresso)**, p. 345-374, 2011.

LÓPEZ, Y. A. A. **Experiências de enfermidade e itinerarios terapêuticos de portadores de leucemia mieloide crônica nas cidades de Medellín, Colômbia e Salvador – BA, Brasil**. 2014. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

LOURAU, R. **Análise institucional e prática de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUCAS, L. P. P. et al. A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 3, n. 12, 2010.

MAGEE, D. J. **Avaliação musculoesquelética**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

MATHEZ, S. et al. Can Andean Medicine Coexist with Biomedical Healthcare? A Comparison of Two Rural Communities in Peru and Bolivia. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, v. 8, July, 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, M. P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Orgs). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário**. Dicionário de Português Online. 2015. Disponível em:

http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/plato%20_1023413.html.

Acesso 02 Ago. 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL BRASIL. **Diabetes atinge 9 milhões de brasileiros**. 2015a. Disponível em: <

<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>>.

Acesso em 10 Jul. 2015.

_____. Departamento de Atenção Básica. **SISHIPERDIA**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 04 set. 2015.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

MOREIRA, M. Sempre cantando. In: _____. **Moraes Moreira**. Som Livre, vinil, 33 rpm, 1975. 403.6071.

MOURA, L. B. A.; LEFEVRE, F.; MOURA, V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, H. S. O uso da fotografia na pesquisa em psicologia. **Estudos de psicologia**, v. 7, n. 2, p. 238-49, 2002.

NUNES, E. D.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 20, n. 4. 2010.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 44, n. 3, 2010.

OLIVEIRA, V. A. et al. A percepção do corpo por mulheres com e obesidade. **Rev enferm UERJ**, v. 2, n. 22, 2014.

OLIVEIRA, V. A. **A percepção do corpo de mulheres com diabetes mellitus e obesidade**. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro de Prensa. **Úlcera de Buruli**. 2013. Disponível: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/es/>>. Acesso em 07 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Diabetes en las Américas. Whashington**: 2011. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option. Acesso em 20 mai. 2014.

ORMELEZI, E. M. **Os caminhos da aquisição do conhecimento e da cegueira: do universo do corpo ao universo simbólico.** 2000. 273 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Educação), Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OSTETTO, L. E. De luzes e de vãos: em busca da beleza para o ser humano. In: LEITE, M. I.; OSTETTO, L. E. **Museu, educação e cultura.** Campinas, SP: Papyrus, 2005.

PEETERS, G. K. et al. What Role Do Traditional Beliefs Play in Treatment Seeking and Delay for Buruli Ulcer Disease? – Insights from a Mixed Methods Study in Cameroon. **Plos one**, v. 7, may, 2012. Disponível: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036954>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

PEREIRA, G. A. B.; ARCHER, R. L. B.; RUIZ, C. A. C. Avaliação do grau de conhecimento que pacientes com diabetes mellitus demonstram diante das alterações oculares decorrentes dessa doença. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 72, n. 4, 2009.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família.** 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Fundação Osvaldo Cruz – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Serra – Ano: 2014.** 2015.

_____. **Anuário municipal de dados.** Serra em números 2011, 4. ed., 2011.

_____. **Breve história da Serra.** Serra em números, 2014a. Disponível em: <http://app.serra.es.gov.br/info_municipais/index.php?link=historia>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. **Território.** Serra em números, 2014b. Disponível em: <http://app.serra.es.gov.br/info_municipais/index.php?link=territorio>. Acesso em: 15 nov. 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013, 2010.** Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/sesa/plano_municipal_de_saude_da_serra_2010_2013>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** 2013.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde em busca de novas abordagens conceituais. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, jun. 2006.

ROCHA, R. M. **Pé diabético: fatores comportamentais para sua prevenção.** 2005. 187 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08122005-090107/>. Acesso: em 27 abr. 2014.

ROCHA-COUTINHO, M. L. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. **Estud. psicol.** (Natal), v.11, n.1, Natal, Jan./Apr. 2006.

RODRIGUES, S. M. F. E. **A experiência sobre a perda de visão, a vivência de um processo de reabilitação, e as percepções sobre qualidade de vida.** 2004. 242 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade do Minho, Braga, 2004.

ROHR, R. V. **Educação em saúde facilitada por música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2.** Rio de Janeiro, 2013. 197f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

ROSA, J. G. **Grande Sertão:** Veredas. Editora Nova Aguilar, 1994.

_____. **Sagarana.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1984.

SANTOS, D.; FUX, J. Estamira e lixo extraordinário: a arte na terra desolada. **IPOTESI**, v. 15, n. 2, p. 125-127, 2011.

SANTOS, I. C. R. V.; et al. Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para o cuidado preventivo de enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, 2011.

SANTOS, A. R. B. M. **Alterações cromáticas do edema macular diabético em pacientes com diabetes mellitus tipo 2:** comparação com a espessura retiniana. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Visão), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

SARGE, M. R.; HOFFSTAD, O.; MARGOLIS, D. J. Geographic variation in Medicare spending and mortality for diabetic patients with foot ulcers and amputations. **Journal of Diabetes and Its Complications**, v. 27, 2013.

SEARA, S. S.; RODRIGUES, A. S.; ROCHA, R. M. “É muito dificultoso a gente controlar”: percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 7, n. 9, 2013.

SERRES, M. **Luzes:** cinco entrevistas com Bruno Latour. São Paulo: Unimarco, 1999.

SILVA, D. G. V. et al. Pessoas com diabetes mellitus: as escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 297-302, maio/jun. 2006.

SILVA, J. M. De paciente a sujeito, passando por cliente. In: MORENO, L. V. A.; ROSITO, M. M. B. (Orgs). **O sujeito na educação e saúde:** desafios na contemporaneidade. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2007.

SILVEIRA, C. L. **Rede de apoio social dos cuidadores de familiares com doença crônica de uma comunidade remanescente de quilombos.** 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015.** São Paulo: AC Farmaceutica; 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Teste seu índice de massa corporal**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/teste-seu-ime/>. Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. **Obesidade. O que é obesidade?** 2015. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/obesidade/>. Acesso: 11 ago 2015.

STANLEY, L. Introduction: Narratives from Major to Minor: On Resisting Binaries in Favour of Joined Up Thinking. **Sociological Research**. 2009. Disponível em: www.socresonline.org.uk/14/5/25.html. Acesso em: 25 nov. 2014.

TAVARES, J. S. C.; ROCHA, A. A. R. M. Redes sociais de suporte: pontes entre a família e os outros contextos de atenção. In: TRAD, L. A. B.; et al. (Orgs). **Contexto, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2015.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R.; JUNIOR, A. G. S.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

THAINES, G. H. L. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto contexto - enferm.**, v.18, n.1, 2009.

THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 25, sulp. 1, 2003.

THOOLEN, B. et al. No Worries, no Impact? A Systematic Review of Emotional, Cognitive, and Behavioural Responses to the Diagnosis of Type 2 Diabetes. **Health Psychology Review**, v. 2, n. 1, 2008.

TOZONI-REIS, M. F. C. **Metodologia da pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2009

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASH, C. L. **Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação**. São Paulo: Pioneira: Edusp, 1988.

VELHO, O. Comentário sobre um texto de Bruno Latour. **MANA**, v. 11, n. 1, p. 297-310, 2005.

VÍDEO MOSTRA MOMENTO DA MORTE DE SOLDADO DA PM NO ES. Vitória: TV Gazeta, 31 ago. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/espirito-santo/noticia/2015/08/video-mostra-momento-da-morte-de-soldado-da-pm-no-es.html>. Acesso em: 04 set 2015.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 4. ed. São Paulo: Roca, 2009.

APÊNDICES

APÊNCICE A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

APÊNCICE A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

Eu, _____, solteiro(a) () Casado(a) (), profissão:
 _____, residente na rua
 _____, nº _____, Bairro _____, complemento
 _____, cidade _____, Estado _____,
 portador da Cédula de Identidade (RG) nº _____, inscrito no CPF nº
 _____, **AUTORIZO** o uso de minha imagem em todo e qualquer
 material como fotos, documentos e outros meios de comunicação para fins de
 divulgação na dissertação de mestrado intitulada "ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS
 DE USUÁRIOS DO SUS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS", realizada pelo
 mestrando Jandesson Mendes Coqueiro, sob orientação do professor Drº Túlio
 Alberto Martins de Figueiredo, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
 Universidade Federal do Espírito Santo.

Após a leitura do termo, eu concordo que as minhas imagens sejam usadas para o
 propósito acima descrito.

Eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar a divulgação das minhas imagens.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de autorização. Eu tive
 oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste documento de autorização.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida,
 manifesto minha autorização para divulgação das minhas imagens nesta pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

 Assinatura do participante da pesquisa

 Assinatura do pesquisador

 Assinatura do orientador

Telefones para contato:

Professor Tulio Alberto Martins de Figueiredo: (27) 99891-7601

Jandesson Mendes Coqueiro: (27) 99848-7011

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde UFES: (27)

33357211

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Itinerários terapêuticos de usuários do SUS portadores de diabetes mellitus”, sob a responsabilidade de Jandesson Mendes Coqueiro.

JUSTIFICATIVA

O diabetes mellitus é uma doença silenciosa e quanto mais cedo se der o seu diagnóstico, menores são chances de complicações. Para as pessoas que já apresentam complicações, os cuidados devem ser redobrados no sentido da pessoa receber orientações para que tenha uma vida mais longa e melhor.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Conhecer os itinerários terapêuticos construídos pelos usuários do SUS a partir da revelação do diagnóstico de diabetes mellitus, ou seja, saber, a partir da fala do (a) senhor (a), os caminhos e dificuldades enfrentadas para buscar os cuidados e orientações em relação à sua doença.

PROCEDIMENTOS

As pessoas com diabetes mellitus serão identificadas a partir do cadastro do programa Hiperdia da Unidade de Saúde de Jardim Carapina. Em seguida, receberão a visita do pesquisador com o agente de saúde para serem convidadas a participar da pesquisa e, em caso de permissão, será realizado as entrevistas.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Será realizado nos meses de abril, maio e junho no bairro Jardim Caparina na Serra-ES, mas cada um dos participantes da pesquisa, será entrevistado uma única vez.

RUBRICAS

RISCOS E DESCONFORTOS

O local de realização da entrevista pode se constituir um risco de machucado no(s) membro(s) do senhor(a), por isso a escolha do local será decidida pelo(a) senhor(a), mas, mesmo assim, eu, como pesquisador, farei uma observação detalhada do local buscando o lugar de melhor segurança.

A duração prevista dessa entrevista é de sessenta minutos, no entanto, o(a) senhor(a) pode solicitar o término da mesma, em caso de desconforto, a qualquer momento.

Em se tratando de uma entrevista, durante a mesma, o senhor(a) poderá experimentar sentimentos como vergonha, ansiedade, medo, tristeza ou outros; isso poderá ser contornado com o fim da entrevista, se o senhor(a) considerar necessário.

Sendo uma entrevista uma conversa entre duas pessoas, é possível que o senhor(a) toque em assuntos ou segredos de familiares e amigos e que isso não lhe deixe à vontade. Nesse caso, da mesma forma, a entrevista pode ser finalizada, se for de sua vontade, o pesquisador poderá desligar o gravador nesse momento ou excluir o(s) fragmento(s) das falas presentes nas gravações, o que será feito imediatamente e em sua presença.

Vale lembrar que todas as informações compartilhadas com o pesquisador serão mantidas em segurança e sigilo, visto que todas as falas serão utilizadas apenas na pesquisa. As suas falas serão identificadas por um codinome – metais ou pedras preciosas -, escolhida pelo senhor(a).

Nessa entrevista o(a) senhor(a) tem a total liberdade para falar apenas dos acontecimentos de seu interesse.

A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá optar a se retirar da pesquisa sem que isso signifique qualquer prejuízo para o senhor.

BENEFÍCIOS

A partir das entrevistas com falas e sugestões dos (as) senhores (as), vamos realizar um estudo encaminhando para a Secretaria de saúde e também para Unidade de Saúde de Carapina um relato de tudo que foi dito, no sentido de apresentar melhorias no tratamento que é dado as pessoas com diabetes mellitus.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

RUBRICAS

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

O pesquisador coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, entendo que a minha identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar o(a) pesquisador(a) Jandesson Mendes Coqueiro, no telefone (27) 998487011 ou endereço Avenida Alziro Zarur, 60, Residencial Mata da Praia, ap. 106, edifício Macaé 2, Jardim da Penha, Vitória – ES, CEP 29060-350. Também posso contatar Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3335-7211 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “itinerário terapêutico de usuários do SUS portadores de diabetes mellitus”, eu, Jandesson Mendes Coqueiro, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

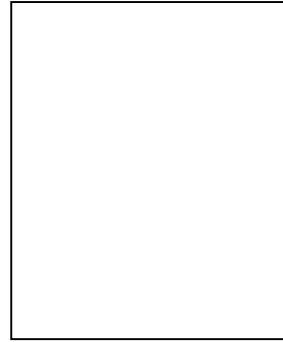
Serra, ____ de _____ de 2015.

RUBRICAS

Participante da pesquisa

Jandesson Mendes Coqueiro

Dedo polegar caso não saiba assinar:



RUBRICAS

APÊNDICE C
ROTEIRO DO ENCONTRO

APÊNDICE C

ROTEIRO DO ENCONTRO

“VIVER É ETCÉTERA”: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE SUJEITOS COM DIABETES MELLITUS

PARTE 1:

Caraterísticas do sujeito

Identificação na UBS: _____ Idade: _____ Cor: _____

Escolaridade: _____ Sexo: _____

Religião: _____

Número de moradores na residência: _____

Renda mensal (em salários mínimos): _____

Complicações do DM: _____

Outras doenças: _____

PARTE 2:

Questão gerativa da entrevista narrativa:

“Quero que você me conte a história da sua vida a partir de quando soube pelo médico que estava com diabetes mellitus. Você pode levar o tempo que for necessário para isso, podendo também dar detalhes, pois tudo que for importante para você, interessa na pesquisa.”

Adaptado de Hermans (1995) apud Flick (2009).

APÊNDICE D
ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA “PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA”

O itinerário terapêutico de um sujeito com diabetes mellitus: trilhando possibilidades no Sistema Único de Saúde

The therapeutic itinerary of a subject with diabetes mellitus: treading possibilities in the Unified Health System

Jandesson Mendes Coqueiro, Mestre em Saúde Coletiva. Túlio Alberto Martins de Figueiredo, Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Aduino Emmerich Oliveira, Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Roseane Vargas Rohr, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

Resumo

Estudo qualitativo objetivando conhecer o itinerário terapêutico de um sujeito com diabetes mellitus, buscando compreender sua experiência com a enfermidade, assim como os fatores que contribuem para a busca de cuidado em saúde. O cenário do estudo foi um território de saúde do município da Serra-ES. Os instrumentos de produção de material foram entrevista narrativa, observação e diário de campo. A entrevista foi realizada no horário e local sugerido pelo sujeito. A partir do material transcrito e das anotações do diário de campo buscou-se dar sentido à construção da narrativa do sujeito, que se fez acompanhar da representação visual de seu itinerário terapêutico. O estudo apontou tratar-se de uma mulher com diagnóstico de diabetes mellitus estabelecido há dez anos, baixa escolaridade e pertencente a camada social menos favorecida. A partir de sua trajetória de cuidado para a saúde, o estudo destacou os limites – fragmentação do cuidado, condição socioeconômica, dentre outros -, e possibilidades – apoio familiar, por exemplo -, desse sujeito, bem como a produção de sentido na experiência de adoecimento de longa duração.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Introdução

Nos tempos atuais, o cuidado, na perspectiva da integralidade, vem ganhando destaque na esfera das práticas sociais em saúde. Preocupações éticas e operacionais têm mobilizado diferentes segmentos profissionais que lidam com o cuidado, problematizando velhas concepções da atenção à saúde fundamentada

exclusivamente em critérios tecnicistas, objetivos e imparciais (TAVARES; BONET, 2011).

A construção de itinerários terapêuticos (ITs), em seus percursos teórico-metodológicos, tem possibilitado apreender discursos e práticas que expressam diversas lógicas através das quais os princípios de resolutividade e integralidade na atenção à saúde podem ser questionados. Esses princípios evidenciam os ensinamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas de cuidado em saúde por usuários e suas famílias e dos modos como os serviços de saúde podem dar-lhes respostas, mais ou menos resolutivas (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

Os ITs têm também se constituído como um dispositivo de excelência para estudos que tratam situações de adoecimento de longa duração - termo cunhado por Canesqui (2015) -, por permitir a análise das trajetórias de cuidado à saúde, desempenhadas pelos sujeitos em diversas instituições e serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção, possibilitando a compreensão de como se deu o processo de adoecimento e a experiência da enfermidade interpretada pelo sujeito e pela família.

A experiência de enfermidade tem sido discutida pela antropologia da saúde considerando que toda doença está envolvida em uma rede de significados construídos intersubjetivamente. O processo de significação dessa experiência tornou-se bastante importante, levando em consideração como os sujeitos organizam, expressam e compreendem suas aflições (ALVES; SOUZA, 1999).

Ademais, estudos sobre ITs e experiência de enfermidade, antes incipientes, tornaram-se na contemporaneidade, tanto na abordagem qualitativa quanto na quali-quantitativa, uma produção em crescimento no meio acadêmico.

Tanto no cenário nacional quanto no internacional, trabalhos dão conta disso, como, por exemplo, o IT de gestante em gravidez tardia na Guatemala (FLEISCHER, 2006); o IT das famílias de sujeitos com hipertensão arterial vivem em classes populares de Salvador (BA) (TRAD et al., 2010); o IT evidenciando as crenças e práticas sócio-culturais das vítimas de úlcera Burili na região Ayo e Akonolinga (Camarões) (PEETERS et al. 2012); as narrativas de experiência, as práticas cotidianas e trajetórias de atenção de sujeitos que sofriam de enxaqueca em Buenos Aires (Argentina) (DEL MONACO, 2013); o IT de sujeitos com Hanseníase em Salvador

(BA) (MARTINS; IRIART, 2014); o IT de famílias em busca de cuidado para problemas de saúde mental em Fortaleza (CE) (VASCONCELOS; JORGE, 2015).

Dessa forma, considerando que o perfil epidemiológico brasileiro, especificamente no tocante às doenças de longa duração, vem se modificando de forma considerável nas últimas décadas, novos dispositivos tem sido incorporados ao campo da saúde, dentre eles os ITs, na busca da compreensão dos fenômenos que vem se apresentando.

Dentre as doenças de longa duração, o diabetes mellitus (DM) tem se configurado como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, com destaque para complicações agudas e crônicas e elevadas taxas de morbimortalidade, principalmente na idade adulta. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos; os custos intangíveis como a dor, a ansiedade, a inconveniência e a perda de qualidade de vida, também apresentam grande impacto na vida das pessoas com DM e seus familiares, o que é difícil de quantificar. Muitos indivíduos com DM são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Portanto, considerando a importância da adoção de novos dispositivos para se entender os processos de escolha e a oferta de serviços em saúde, bem como o aumento da prevalência das doenças de longa duração, este estudo teve como objetivo conhecer a singularidade do IT de um sujeito com DM, buscando compreender sua experiência com a enfermidade e a rede que o mesmo constrói em sua busca por serviços de saúde.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa realizado com um sujeito do gênero feminino, diagnosticado com DM há mais de dez anos e morador do Território de Saúde Jardim Carapina no município da Serra-ES. Localizado a 27 km da capital do Espírito Santo (Vitória), esse município é o mais populoso do estado com 409.267 habitantes (IBGE, 2011).

A formação do Território de Saúde de Jardim Carapina, localizado na periferia, se deu a partir de invasões em 1986 e tem 14.052 habitantes (IBGE, 2011). Possui uma grande variedade de comércio, praças públicas, escolas e uma Unidade Básica de

Saúde (UBS) que contava com cinco Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas no mesmo espaço, prestando serviços de promoção e prevenção à saúde para população.

A escolha do sujeito se deu de forma intencional – apontado pelos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da unidade básica de saúde local -, e em observância aos seguintes critérios de inclusão: 1) estar registrado no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA); 2) ser maior de dezoito anos; 3) ter DM com diagnóstico confirmado há mais de um ano e, 4) Apresentar alguma complicação crônica - micro e/ou macrovascular do DM. O único critério de exclusão considerado foi o seguinte: ter dificuldade de se expressar com clareza e coerência.

A produção do material se deu através de uma entrevista narrativa e a observação ao longo de todo o processo como subsídios para elaboração do diário de campo.

O trabalho de campo se deu no mês de maio de 2015 e a primeira etapa do mesmo constou do reconhecimento da dinâmica do processo de trabalho em ato das cinco ESF local, ocasião em que o pesquisador buscou estabelecer afecções com os profissionais, notadamente os enfermeiros e ACSs; e também dar respostas às demandas dos mesmos em relação a quaisquer pontos vagos sobre o estudo.

A etapa seguinte consistiu em extrapolar, na companhia dos ACSs, os limites da UBS o que permitiu ao pesquisador um reconhecimento do Território de Saúde de Jardim Carapina, não apenas como espaço geográfico, mas sumamente como espaço existencial.

Após a localização de seu logradouro, a partir de sua microárea de residência, deu-se a visita conjunta pesquisador-ACSs conforme agenda previamente definida para as determinadas áreas, destacando-se que, [...] “a experiência mostra ainda que o sucesso do trabalho depende (...) de algumas circunstâncias, como contatos prévios para se criar condições oportunas (dia, hora, local) e situações amistosas de diálogos” (CHIZZOTTI, 2000, p. 17).

O sujeito do estudo foi identificado com codinome Cristal, em garantia ao sigilo do seu nome.

A entrevista narrativa, com duração média de quarenta e cinco minutos, foi realizada em sua residência, local escolhido pelo mesmo, na qual buscou-se proporcionar a criação de um ambiente organizativo e calmo, favorecendo a concentração do mesmo

para a sua enunciação. A entrevista foi transcrita, juntamente com os apontamentos do diário de campo; a partir da leitura acurada do conjunto do material, intentou-se dar sentido à construção da narrativa que se fez acompanhar da representação visual do IT.

Este estudo foi desenvolvido respeitando todos os trâmites éticos descritos na resolução de 466/12, que contém as diretrizes e normas de uma pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Ciências Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 29 de abril de 2015 sob o registro CAAEE 41402114.4.0000.5060.

Resultados

A narrativa de Cristal

Cristal é uma mulher com quarenta anos de idade, obesa, negra, nascida e criada no município da Serra-ES, tem ensino fundamental incompleto, casada há dez anos e possui uma filha de quatro anos de idade. Ela, no momento da entrevista, era dona de casa e o seu marido estava desempregado, ocupando-se de fazer “bicos”.

Ao iniciar o encontro, ela demonstrou-se um pouco desconfiada, mas rapidamente tomou aquele bate-papo em suas mãos e, com jeito bastante extrovertido, deixou-se pertencer aquele momento tanto quanto as cenas relatadas.

Cristal, obesa desde adolescência, começou narrando que sempre foi uma pessoa bastante alegre, divertida, que conquistava facilmente a amizade das pessoas pelo seu bom humor e sempre foi muito querida por todos os familiares.

Ela contou que há pouco mais de dez anos, começou a sentir dores fortes e constantes na cabeça, principalmente quando comia muito doce, mas, que nessa época, ainda não tinha o diagnóstico de nenhuma doença estabelecido, pois não procurava o serviço de saúde:

[...] Eu sentia muita dor, muita dor de cabeça [...] comia muito doce. Não procurava o médico não. (Cristal)

Nesse mesmo período, nos meados de 2005, Cristal referiu que foi a uma festa de aniversário da família e, após comer muito doce e beber muito refrigerante, sentiu

fortes dores na cabeça, sendo levada pela mãe a uma clínica particular, pois seu marido pagava plano de saúde naquela época:

[...] Aí eu senti muita dor de cabeça, mas, nesse dia do aniversário, foi muito forte. Aí eu tive que ir lá [...] Aí ela (médica) suspeitou de pré-diabetes. (Cristal)

Cristal foi medicada ainda na clínica, mas retornou para casa sem nenhum tipo de orientação quanto o seu estado de saúde. Porém, as dores de cabeça continuaram e Cristal, depois de três dias, voltou à mesma clínica para uma nova consulta, ocasião em que foi submetida ao teste de tolerância à glicose, tendo sido revelado o diagnóstico de DM:

[...] Aí depois senti dor de cabeça forte, pela segunda vez, aí ela (médica) fez um exame lá com negócio docinho [...] aí deu diabetes mesmo. Era muita dor de cabeça, a cara ficava inchada. (Cristal)

A partir daquele momento, Cristal teve a sua vida marcada por restrições alimentares, estímulo à atividade física, uso de medicamentos e orientações de supervisão constante de saúde. Cristal foi então encaminhada pela médica para acompanhamento na unidade de saúde do seu bairro.

Cristal procurou a unidade de saúde, apresentou à enfermeira os exames que havia realizado na clínica particular e o relatório preenchido pela médica que a encaminhou. Após passar pela consulta de enfermagem e médica, alguns exames foram realizados e depois de uma semana, além do diagnóstico de DM, teve confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Aí eu vim pra cá, pra esse posto. Aí repetiu os exames tudo de novo [...] falou que eu tinha diabetes e pressão alta. (Cristal)

A partir daí, foi realizado o cadastro no SISHIPERDIA e Cristal foi orientada a realizar uma dieta com restrição de carboidratos e lipídios, a fazer atividade física com frequência e utilizar medicações diárias para manter o controle glicêmico, níveis pressóricos adequados e evitar complicações advindas das doenças. Entretanto, Cristal abriu mão das orientações repassadas na unidade e continuou se alimentando de forma inadequada, produzindo um ganho de peso acelerado e aumento da glicemia constante.

Eu não penso nada não. Me dá vontade de comer, aí eu como. (Não faço dieta) porque é muito cara (a comida) e muito ruim. [...] Não (faço exercício).

Só aqui mesmo. Eu varro tudo, passo pano, vou levar menino e deixo menino na escola, faço comida, lavo roupa, estendo, guardo [...] Só esse daí que é o meu exercício. Tem vez de noite que eu sento aqui e fico cansada. É por isso que eu não caminho [...] eu já luto o dia inteiro. (Cristal)

Um ano após o diagnóstico de DM e HAS, Cristal começou a sentir desânimo e fraqueza diariamente. Procurou a unidade de saúde e marcou uma consulta com o médico de sua equipe. Na consulta, Cristal relatou todos os problemas que estava passando. O médico avaliou a sua situação e pediu uma série de exames.

Segundo Cristal, a coleta dos materiais para realização dos exames se deu na própria unidade de saúde e os resultados chegaram uma semana depois. Tais resultados apontaram alteração na glicemia e altos níveis do hormônio tireoestimulante (TSH), dado que surpreendeu a médica que a acompanhava, o que levou a mesma a solicitar a repetição do procedimento por mais quatro vezes consecutivas:

Aí eu fui lá no posto pedir uns exames, mas aí a taxa de [...] deu alta. THS sei lá, né? Deu alta. Aí repetiu um monte de exames. Mais de quatro vez particular. Aí vim pro posto também e a mulher (a médica) “Não, esses exames tá errado. Não tem condições não, desse negócio ficar tão alto assim não”. Aí tava alta e repetiu umas quatro vezes. Aí (a médica disse) é que eu tinha mesmo e (me encaminhou) na endócrino lá em cima na policlínica. [...] Demorou (encaminhamento) naquele tempo, mas agora é mais rápido, né? (A consulta com a endocrinologista) acontece de três em três meses. (Cristal)

Quando Cristal começou o acompanhamento com a endocrinologista, foi detectado apenas um nódulo em seu pescoço que, submetida à punção, revelou-se benigno. Com o passar do tempo, foram surgindo vários outros nódulos flutuantes, dificultando novas punções, sendo recomendada cirurgia para exérese dos mesmos. Até a finalização deste estudo a cirurgia não havia sido marcada por conta do excesso de peso e alteração glicêmica em que a mesma se encontrava.

Ela (médica) quando foi cuidar, eu tinha só um carocinho. Agora já tem um monte [...] e não precisava de cirurgia porque só tinha um. Agora já tem um monte e ela passou cirurgia. [...] Tem um monte. Fiz pulsão e não deu [...] deu negativo para magnidade, mas não dá pra pegar todos os caroços pra fazer pulsão, aí ela quer que faz cirurgia agora pra tirar. Tá lá no posto (encaminhamento para cirurgia), mas não marcou, porque ela nunca (funcionária da unidade de saúde) me chamou. Eu fico com medo desse monte de caroço aqui, eu fico com medo desses caroços. Se eu não operar eles, porque tava normal, né? [...] Só que agora eles viraram caroços orgulhantes, então, eles estão descendo isso aqui [...] esses dias eles estavam pra cá (apontou o lado direito do pescoço). Aí eu fico com medo assim, né? [...] E as dores, porque eu sinto muitas dores, né? Ontem mesmo tava aqui assim [...] latejando aqui ó (apontou o pescoço). (Cristal)

Cristal contou que um dos acontecimentos mais marcantes de sua vida foi a gravidez e o nascimento de sua filha há cerca de quatro anos. Entretanto, foi uma gravidez de alto risco marcada por obstáculos ocasionados pela obesidade e as enfermidades que ela enfrentava.

A descoberta da gravidez e assistência pré-natal se deu na própria unidade de saúde com acompanhamento e cuidados necessários prestados pela equipe multiprofissional a uma gravidez de risco.

Durante a gravidez, Cristal continuava comer de forma frequente e irregular e seus níveis glicêmicos persistiram altos, mas o desenvolvimento fetal progrediu sem grandes complicações. Chegando ao final de sua gestação, Cristal foi internada em um hospital filantrópico de Vitória-ES para fazer o controle glicêmico e o parto cesáreo. A internação durou trinta dias, sendo que quinze dias foram antes do parto.

Já (engravidai). A médica tirou ela com oito meses por causa do diabetes [...] porque se não ela corria o risco de morrer dentro da barriga por causa do diabetes. Diabetes alta, aí ela podia morrer. Mas eu fiquei internada lá por causa da dieta, né? Pra baixar (glicemia), [...] aí quando baixou ela (médica) tirou ela. Ela nasceu com quatro quilos e pouco, quase cinco. Depois não deu nada não e eu vim embora. (Cristal)

Além da obesidade grau III¹, Cristal convivia com intensas dores e envergadura da coluna vertebral ocasionada pelo tamanho aumentado de suas mamas. Seu maior desejo, no momento da entrevista, era realizar uma mamoplastia redutora, mas essa ainda não tinha sido possível devido à obesidade e sua dificuldade de perder peso.

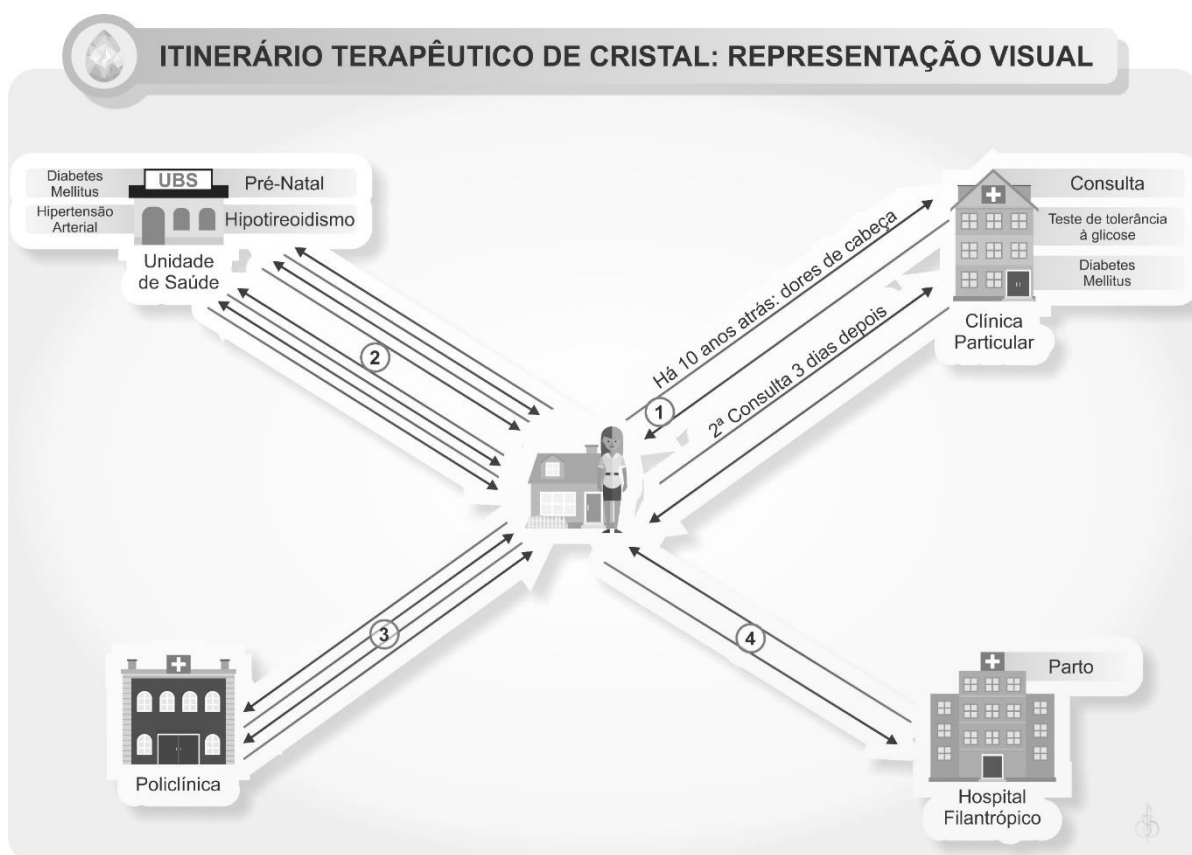
Gente, eu sofro muito com isso aí ó (gigantomastia). Eu tenho que sair, boto sutiã. Lá na rua mesmo, dá vontade de tirar as alças do sutiã, aí eu tiro; aí que alivia, mas mesmo assim, se eu emagrecer, igual eu já emagreci, igual lá no Hospital (filantrópico) quando eu fui ganhar neném, uma mulher foi lá visitar não sei quem e falou pra mim que mesmo eu emagrecendo, eu tinha que fazer a cirurgia [...] “quando você ganhar neném você dá um jeito [...]”. Mas mesmo eu emagrecendo, igual eu emagreci aquele dia, doía bastante; parece que doía mais. Eu emagrecia e parece que ele pesa mais ainda. Mesmo se eu emagrecer não diminui não. Eu achei que pesou mais. Então, o que me atrapalha muito é o peito. (Cristal)

Por ocasião da entrevista, Cristal também queixava-se de dormência nos pés e nas mãos, mas referiu não realizar nenhuma ação preventiva no tocante ao desenvolvimento de ulcerações nesses locais.

Um dia eu estava estendendo a roupa e, eu sou meio estabanada, bati a mão numa lasca de pau e entrou no dedo. Aí eu achei que quebrou, mas quando coloquei a agulha, chegou a sair sangue. Quando eu lembrei, o dedo já estava dessa grossura aqui, ó (demonstra com a mão o calibre aumentado do dedo).

Todo dia de noite eu chorava. E minha filha falava: “Mãe, se a senhora ficar chorando eu vou lá pra fora, viu?”. E eu ficava no sofá chorando: “Meu dedo, neném”. E aqui (o dedo) tudo quente e eu chorando. Depois começou a doer meu corpo todo e eu ficar chorando. Aí fui lá (na Unidade de Pronto Atendimento) e mandou (o médico) eu colocar quatro a cinco vezes por dia na água norma. E me deu uma injeção aqui na veia e a diabetes estava de 254 (mm/dl) e me deu insulina. Aí meu dedo sarou. [...] Eu tava notando de uns dias pra cá sentindo umas dormências nos pés. Eu tô achando. Essa unha tem alguma coisa aí. E as das mãos também. Mas é só os dedos, olha. (Cristal)

O itinerário terapêutico de Cristal: representação visual



Discussão

Kleinman (1978) assinala que para a busca de ajuda terapêutica (ou cuidados em saúde) é necessário que o sujeito reconheça que tem uma alteração e a identifique como um problema de saúde. O mesmo aconteceu com Cristal ao buscar por cuidados em serviço de saúde na ocasião de cefaleia intensa após ingestão de alimentos ricos em açúcar tendo, desta forma, sido diagnosticada com DM e HAS.

Segundo Barsaglini (2011), a descoberta do DM pode ser marcada tanto pelo curso natural com detecção precoce de alterações mínimas em exames médicos periódicos de rotina (quando é mencionado “não deu diabetes, mas há uma possibilidade de ter”, ou seja, um estado denominado “pré-diabético”), quanto por estar associada ao fato do sujeito perceber algo diferente em seu corpo, motivando queixas e busca por atendimento médico como apontadas na narrativa de Cristal.

Ser diagnosticado com DM, bem como outras de longa duração, pode ter um grande impacto na vida do sujeito, requerendo do mesmo, inicialmente, um considerável ajustamento psicológico para lidar com a nova situação (THOOLEN, 2008).

A convivência com o diabetes requer que esforços sejam empreendidos nos planos subjetivo (significados, identidade) e objetivo (manejo da enfermidade), que se interconectam em um jogo permanente de ajustes e conciliações entre as demandas diárias delimitadas por um contexto e pelas mudanças decorrentes da enfermidade, do seu curso, dos sintomas, do tratamento e das respostas a este (BARSAGLINI, 2011, p. 156).

Com o diagnóstico revelado, Cristal se viu em um dilema ou conforme referido por Ferreira et al. (2013, p. 43) “em uma complexa escolha, entre manter os hábitos anteriores ou modificá-los para poder obter uma melhor qualidade de vida”. Uma das mudanças mais relevantes recomendadas aos sujeitos com DM, e que não contou com gerenciamento de Cristal, diz respeito a questões relacionadas à dieta:

As suas práticas alimentares podem se tornar carregadas de novos sentidos relacionados à familiarização com o universo de saberes da nutrição. Orientados pelo conceito de alimentação adequada para diabéticos, suas práticas alimentares passam a incluir ponderações acerca da quantidade e qualidade nutricional dos alimentos, da frequência das refeições, além de critérios de avaliação e escolha dos alimentos – como o caso do estímulo à prática de verificação dos ingredientes nos rótulos dos alimentos (LOPES, 2011, p. 348).

Vale destacar que na atenção ao sujeito com DM, são frequentes orientações alimentares simplificadas com destaque para os alimentos que não devem ser consumidos e valorização de uma dieta rica em frutas e verduras. Entretanto, tais orientações nem sempre vem acompanhadas de esclarecimentos e de opções para mudanças alimentares, sem um processo de negociação e diálogo, o que compromete o gerenciamento ao que se recomendou .

Faria e Bellato (2009) ressaltam que ao destacar a mudança de hábitos como uma imposição, sem negociação entre os sujeitos, o sofrimento ocasionado por essa

imposição é desconsiderado. Os sujeitos podem não compreender restrições na dieta, levando-os a situações de teatralidade, jogo duplo e transgressão, como forma de resistência às práticas instituídas, normatizadas e de dominação.

Segundo Cyrino (2009), a sociedade atribui importante valor social à comida e à bebida. Para os sujeitos com DM as restrições alimentares representam situações de constrangimento, especialmente em ambientes sociais e festivos como evidenciado nas falas de Cristal quando a mesma diz “como (muito nas festas de família). É por isso que eu nem vou. Eu não vou não”.

Dessa forma, privação de alguns alimentos pode vir acompanhada de sentimento de perdas sociais quando se considera o valor que se atribui ao consumo em ocasião de sociabilidade, porém, o prazer de comer determinados alimentos, em uma sociedade que valoriza o estilo de vida saudável e o corpo, vem acompanhado de repreensões, inquietações e culpa em função dos prejuízos que podem oferecer a saúde (BARSAGLINI, 2011), como a obesidade, por exemplo.

Oliveira et al. (2014) realizaram um estudo com oito mulheres obesas com DM com o objetivo de compreender como elas percebiam seu corpo. Os dados revelaram que as participantes atribuíam ao corpo intencionalidades e significados negativos. Apontou-se, nesse trabalho, que os profissionais de saúde podem favorecer nessas mulheres um olhar que aproxime as mesmas do autocuidado, fortalecendo seu senso de autonomia e responsabilidade para si, possibilitando apropriação do corpo vivido.

Além das mudanças na dieta para o controle glicêmico e prevenção das complicações advindas do DM é recomendado aos sujeitos com essa doença a utilização de medicações e a prática regular de atividade física.

A respeito do gerenciamento do tratamento, Seara, Rodrigues e Rocha (2013) realizaram um estudo qualitativo com nove sujeitos de uma associação de DM na cidade de Itabuna-BA para compreender os fatores que interferiam em tal fenômeno. Os resultados demonstraram que a trajetória empreendida pelos mesmos, desde o momento do diagnóstico até adoção de mudanças no comportamento, foram marcadas pelo medo de perder uma parte do corpo ou a própria vida. À medida que essa ameaça se fazia presente no corpo, por meio das complicações advindas da doença, o sujeito se sentia estimulado a aderir ao tratamento. Os autores inferiram

que, quando o sujeito diabético é assintomático, a compreensão da doença e das complicações, que dela decorrem, ficam mascaradas.

Quanto à atividade física e o exercício físico para os sujeitos diabéticos, pode-se afirmar que, ambas as práticas, melhoram o controle glicêmico, diminuem os fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, auxiliam na perda de peso e melhoram o bem estar, entre outros (BRASIL, 2013). As prescrições de exercícios físicos para os sujeitos com DM merecem uma atenção redobrada:

Antes de iniciar um programa de exercícios, deve-se afastar a presença de complicações, bem como ter cuidados extras com os usuários de insulina e hipoglicemiantes, para evitar uma possível hipoglicemia (reduzir a dose de insulina, injetá-la no abdômen ou membros menos exercitados, trazer consigo alimento contendo carboidrato para eventual crise e estar alerta para os seus sintomas) (BARSAGLINI, 2011, p. 79).

A narrativa de Cristal expõe que a mesma não faz exercícios fora de casa, pois passa o dia inteiro na lida com tarefas domésticas e a noite já se apresenta cansada demais.

Além do mais, é importante considerar que o DM não controlado pode promover, ao longo prazo, falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013); comprovados, assim, pelas complicações originadas da doença.

Uma das complicações que atingem os sujeitos com DM, e relatado por Cristal, é a neuropatia periférica, evidenciada pelas sensações parestésicas em seus membros superiores e membros inferiores. Essa complicação, atualmente, ganha relevância por ter como consequência extrema o aumento da incidência de amputações de seguimento corporal.

É importante destacar que, além da convivência com o DM e suas complicações, Cristal possui outras doenças concomitantes e/ou problemas, como a HAS, hipotireoidismo e a gigantomastia, que, possivelmente, dinamizam seu IT por necessitar de maior atenção, uso de medicação e frequência aos serviços de saúde.

Dentro desse contexto vivido por Cristal – DM, doenças concomitantes, mudanças de hábitos, entre outros problemas -, a família constitui um ponto de apoio importante para a sua adaptação quanto à convivência com a doença, uma vez que:

Os vínculos estabelecidos nas famílias nucleares e a relação extensa do parentesco (particularmente os vínculos intergeracionais) são considerados importantes elementos na vida cotidiana das famílias e das comunidades onde se inserem. Esses aspectos se relacionam diretamente com a habilidade de consecução de apoio social através da participação em redes – portanto, da saúde individual e coletiva, uma vez que são importantes mediadores das escolhas terapêuticas dos membros das redes primárias (família, vizinho e amigos) (TAVARES; ROCHA, 2015, p.138).

A família é o ponto central que pode potencializar ou não o sujeito com DM quanto ao gerenciamento da doença e as metas do seu tratamento, pois a organização familiar intervém fortemente no comportamento de saúde de seus membros e o estado de saúde de cada indivíduo influencia no modo como a unidade familiar funciona (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Além da importância do apoio familiar no gerenciamento do DM, considera-se valiosa essa assistência também em outras “experiências fragilizadoras e que levam a sofrimentos, podendo as mesmas também se mostrarem crônicas (longa duração), ainda que com gradientes variados” (BARSAGLINI, 2015 ,p. 87).

É relevante frisar que, apesar da convivência com a doença e as adversidades apresentadas no enfrentamento dos problemas diários, Cristal experimenta muitos momentos de alegria, como, por exemplo, o nascimento de sua filha e o bom humor nas atividades diárias.

Ademias, o município da Serra-ES – local onde Cristal reside -, está localizada em uma região cercada por instituições de saúde públicas e privadas que oferecem diversos serviços e, conseqüentemente, essa multiplicidade favorece as escolhas por busca de cuidado em saúde e modelam o IT de Cristal.

Conclusão

Este estudo, desde o início de seu processo, permitiu conhecer a trajetória de cuidado para a saúde de um sujeito com DM, bem como, a produção de sentido na experiência de adoecimento crônico.

A partir da narrativa do IT de Cristal, ficou evidente que os caminhos percorridos para busca de cuidado em saúde ainda são marcados por problemas que dificultam o gerenciamento das enfermidades por ela apresentadas.

Dentre esses problemas, destacou-se que desde o diagnóstico de DM, a relação entre os profissionais de saúde e Cristal não estabeleceu um diálogo na qual a mesma tivesse os seus problemas de saúde suficientemente esclarecidos, de modo a permitir-lhe informações seguras que facultassem, a ela, o direito de protagonismo no gerenciamento de sua doença.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos à escuta das narrativas empreendidas pelos sujeitos que buscam os serviços de saúde para que o diálogo estabelecidos com os mesmos sobre os meios terapêuticos e mudanças de hábitos atinjam os resultados esperados e para que esses sujeitos assumam com autonomia as mudanças necessárias em sua vida.

Há de se considerar, também, que o SUS, ao longo dos anos, vem avançando em desenvolvimento de ações para aprimoramento da atenção aos sujeitos que convivem com doenças de longa duração como, por exemplo, o DM. Entretanto, ainda é necessário maiores incentivos em subsídios que visem a educação permanente dos profissionais de saúde, o melhor gerenciamento dos recursos e serviços, tal como o sistema de referência e contra-referência, e a escuta dos sujeitos usuários do SUS.

Assim, o processo de escuta dos sujeitos usuários do SUS, tal como se deu neste estudo, poderá constituir objeto de exploração para ESF em consonância com Política de Educação Permanente em Saúde, como material para reflexão a respeito de uma nova possibilidade de compreensão dos modos de viver com o DM, apontado uma das facetas da valorização dos diversos sujeitos implicados na produção de saúde, trabalhadores e gestores, pelo incentivo da autonomia e do protagonismo desses sujeitos.²

Referências

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

BARSAGLINI, R. A. *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: _____. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos* (Resolução CNS nº 466/12). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Cadernos de Atenção Básica n. 36*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CANESQUI, A. M. Adoecimentos de longa duração: análise da literatura publicada em seis periódicos de saúde coletiva/saúde pública. In: _____. *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CYRINO, A.P. *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

DEL MONACO, R. Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 23, n. 2, abr./jun. 2013.

FARIA, A.P.S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.4, p.752-9, 2009.

FERREIRA, D. S. P. et al. Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2013.

FLEISCHER, S. Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. *Anthropologica/Año XXIV*, N.º 24, dic. 2006.

IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A2E7311D1013003524D7B79E4/IBGE_CENSO2010_sinopse.pdf Acesso em: 08 set. 2014

KLEINMAN, A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci. & Med.*, v. 12, p. 85-93, 1978.

LOPES, A. A. F. O gênero do cuidado de si: as implicações da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. *Cadernos Pagu* (UNICAMP. Impresso), p. 345-374, 2011.

MARTINS, P. V., IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, 2014.

OLIVEIRA, V. A. et al. A percepção do corpo por mulheres com e obesidade. *Rev enferm UERJ*, v. 2, n. 22, 2014.

PEETERS, G. K. et al. What Role Do Traditional Beliefs Play in Treatment Seeking and Delay for Buruli Ulcer Disease? – Insights from a Mixed Methods Study in 127 Cameroon. *Plos one*, v. 7, may, 2012. Disponível: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036954>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

SEARA, S. S.; RODRIGUES, A. S.; ROCHA, R. M. “É muito dificultoso a gente controlar”: percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento. *Rev enferm UFPE on line*, v. 7, n. 9, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015*. São Paulo: AC Farmaceutica; 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. *Teste seu índice de massa corporal*. Rio de Janeiro, 2014.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R.; JUNIOR, A. G. S.; MATTOS, R. A. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

TAVARES, J. S. C.; ROCHA, A. A. R. M. Redes sociais de suporte: pontes entre a família e os outros contextos de atenção. In: TRAD, L. A. B.; et al. (Orgs). *Contexto, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2015.

THOOLEN, B. et al. No Worries, no Impact? A Systematic Review of Emotional, Cognitive, and Behavioural Responses to the Diagnosis of Type 2 Diabetes. *Health Psychology Review*, v. 2, n. 1, 2008.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.4, 2010.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B. Itinerários terapêuticos de famílias em busca de cuidado para os problemas de saúde mental. In: TRAD, L. A. B. et al. *Contextos, parcerias e itinerários na produção integral: diversidade e interseções*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2015.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4. ed. São Paulo: Roca, 2009.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to know the therapeutic itinerary of a subject with diabetes mellitus, seeking to understand their experience with the disease, as well as factors that contribute to the search of health care. The study setting was a health territory of the municipality of Serra-ES. The instruments producing material were narrative interview, observation and field diary. The interview was held at the time and place suggested by the subject. From the transcripts and notes from the field diary was sought to make sense of the construction of the subject of the narrative, which was accompanied by the visual representation of their therapeutic itinerary. The study found that this is a woman diagnosed with diabetes mellitus established for ten years, low education and belonging to less privileged social layer. From a careful path to health, the study highlighted the limits - fragmentation of care, socioeconomic status, among others - and possibilities - family support, for example - of this subject and the production of meaning in experience long-term illness.

Key words: Diabetes mellitus; Health Services Accessibility; Primary Health Care

NOTAS DE RODAPÉ

1. No momento em que se deu a entrevista, Cristal, com 1,68 m, pesava 122 kg. Calculando o índice de massa corporal (IMC), disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) (2014), obtém-se o IMC de 43,23 kg/ m², sendo classificada em obesidade grave (grau III).
2. Este artigo é inédito, não teve financiamento e faz parte de uma pesquisa de mestrado.

AGRADECIMENTO

À Capes, pela concessão de bolsa de estudos para o Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

ANEXOS

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DO CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERISDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Itinerários terapêuticos de usuários do SUS portadores de diabetes mellitus

Pesquisador: Jandesson Mendes Coqueiro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 41402114.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.042.952

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Pós-graduação em Saúde Coletiva do CCS/UFES. É um Estudo de abordagem qualitativa, tendo como objetivo conhecer os itinerários terapêuticos construídos pelos usuários do SUS a partir da revelação do diagnóstico de diabetes mellitus. O cenário do estudo será o município de Serra-ES. Os sujeitos do estudo serão os usuários do SUS portadores de diabetes mellitus, sendo a amostra constituída por cinco deles. Os instrumentos de produção de material serão entrevistas narrativas, fotografias, diário de campo e observação ao longo de todo processo da entrevista. O trabalho de campo iniciará com localização do logradouro dos sujeitos a partir de sua micro-área, conforme o cadastramento existente na Unidade. As entrevistas, com duração máxima de sessenta minutos, serão realizadas de forma individualizada, no horário e local a ser definido pelos usuários. As entrevistas serão transcritas, procedendo-se a seguir, juntamente com os apontamentos do diário de campo a leitura acurada de todo material, buscando-se dar sentido à construção dos cinco itinerários terapêuticos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os itinerários terapêuticos construídos pelos usuários do SUS a partir da revelação do diagnóstico de diabetes mellitus.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.042.952

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as informações postadas pelo pesquisador na Plataforma Brasil que gerou o documento PB Informações Básicas do Projeto, em 19/03/15, os riscos são:

"Riscos:

Por não envolver procedimentos clínicos/terapêuticos/invasivos, este projeto, a priori, parece não envolver riscos. Isso nos serve de alerta quanto a questão de conduzir a entrevista com sensibilidade, estando atento para gestos sutis que denotem mal-estar ou constrangimento da pessoa/objeto de nossa intervenção. Uma das formas de se contornar esta situação aqui apontada é a realização de uma pesquisa piloto, que nos permita evidenciar circunstâncias idênticas ou que tangenciem aspectos afeitos a essa questão. Sendo o local da entrevista indicado pelos sujeitos, o pesquisador procederá uma observação acurada do ambiente no sentido de garantir segurança ao entrevistado.

Benefícios:

Este estudo, em uma primeira instância, não trará benefícios em termos clínicos para os sujeitos pesquisados. No entanto, por se tratar de uma metodologia pouco divulgada no espaço científico capixaba, faz-se necessário apontar que o IT, desde o início do seu processo, permite analisar as trajetórias do cuidado para saúde, permitindo observar em quais espaços do SUS o usuário encontrou a resolução buscada, bem como compreender a produção de sentidos na experiência do adoecimento de pessoas e família (BELLATO, et al. 2009). O produto desta dissertação/processo itinerante poderá, caso interesse, constituir objeto de exploração para a Equipe de Saúde da Unidade de Jardim Carapina, em consonância com a recente Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, como material para reflexões a respeito de uma nova possibilidade de compreensão do coletivo de diabéticos do território, uma vez que, todo o material empírico é de autoria de cinco destes, apontado uma das facetas da "valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos..." (BRASIL, 2014, p. 1)."

Em informação contida em documento (formato word) anexado ao processo consta sobre os riscos:

"5. RISCOS

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.042.952

Por não envolver procedimentos clínicos/terapêuticos/invasivos, este projeto, a priori, parece não envolver riscos. Isso nos serve de alerta quanto à questão de conduzir a entrevista com sensibilidade, estando atento para gestos sutis que denotem mal-estar ou constrangimento da pessoa/objeto de nossa intervenção.

Uma das formas de se contornar esta situação aqui apontada é a realização de uma pesquisa piloto, que nos permita evidenciar circunstâncias idênticas ou que tangenciem aspectos afeitos a essa questão.

Sendo o local da entrevista indicado pelos sujeitos, o pesquisador procederá uma observação acurada do ambiente no sentido de garantir segurança ao entrevistado.

O ato de fazer entrevistas pode ocasionar consequências que vão além dos riscos físicos. Compartilhar aspectos pessoais e frequentemente íntimos da vida dos sujeitos podem causar consequências emocionais, tais como, ansiedade, vergonha, discriminação, receio e invasão de privacidade. Tal risco será contornado com a interrupção da entrevista no momento que o sujeito ou o pesquisador considerar recomendável.

No momento da entrevista, os sujeitos podem expor os seus segredos ou fazerem citações de seus amigos e familiares. Se solicitada pelos mesmos, caberá ao pesquisador desligar o gravador nesse momento ou excluir o(s) fragmento(s) das falas presentes nas gravações imediatamente e na presença dos mesmos. Vale ressaltar, que todas as informações compartilhadas com o pesquisador serão mantidas em segurança e sigilo, visto que todas as citações serão utilizadas apenas na dissertação e nos dois artigos científicos exigidos pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. As referidas citações dos sujeitos serão identificadas por um codinome (metais ou pedras preciosas)."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica.

Trata-se da terceira versão de um projeto onde o CEP já solicitou por duas vezes o esclarecimento dos riscos relativos ao projeto e o pesquisador não cumpre a pendência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto apresentada e adequada.

Projeto de pesquisa apresentado (PB), CONTINUA necessitado de ajustes em relação aos riscos TCLE apresentado

Termo de Sigilo e Confidencialidade - apresentado

Termo de anuência para execução do projeto - termo apresentado pela Secretaria de Saúde da

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.042.952

Serra

Cronograma apresentado

Orçamento Financeiro apresentado

Recomendações:

Ao realizar modificações nos projetos, confirmar se essas foram postadas nos campos obrigatórios da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer consubstanciado do dia 25/03/15, foi postada a seguinte pendência: "Em relação aos riscos, o projeto está inadequado. Embora tenha sido solicitado e explicitado ao pesquisador a necessidade de cumprir as exigências da RES. CNS 466/12 em relação aos riscos, não foram realizadas as alterações. Portanto, o CEP considera que o projeto não pode ser aprovado."

O recurso postado pelo pesquisador trata-se da seguinte solicitação do pesquisador:

"...solicitamos a esse Comitê que se digne proceder a revisão do parecer, visto que uma leitura acurada da terceira versão do projeto e seu TCLE desconstrói a alegação posta nas Considerações Finais de que "O projeto não foi aprovado devido ao fato de duas vezes terem sido solicitadas modificações no que se refere ao risco ao participante, condição imprescindível para cumprimento da resolução CNS 466/12, e não ter sido sequer alterada."

Avaliação do recurso

A terceira versão do projeto avaliada para emissão do parecer, denominada PB Informações Básicas do Projeto, foi gerada a partir das informações inseridas na Plataforma Brasil (PB) pelo pesquisador, postada no dia 19/03/15. Nessa não se encontram as alterações citadas no recurso. As informações citadas foram modificadas no projeto completo postado pelo pesquisador, em formato "Word" em anexo. A possibilidade de postar um projeto completo (em outro formato que não seja o gerado pela PB) tem como objetivo permitir ao pesquisador detalhar melhor os dados do projeto que não puderam ser postados na íntegra na plataforma pelo limite de caracteres. No entanto, as informações relevantes para a avaliação ética deve estar explícita nos campos do formulário da Plataforma Brasil. O que não aconteceu na terceira versão do projeto (PB Informações Básicas do Projeto).

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**

Continuação do Parecer: 1.042.952

Também é importante esclarecer que o projeto não foi reprovado em relação a falta de modificação dos riscos do TCLE e sim pelas informações no projeto formato "PB Informações Básicas do Projeto". Assim sendo, não haveria necessidade da transcrição do texto referente ao TCLE no recurso.

Concluimos que a ausência das informações nos campos obrigatórios da Plataforma Brasil, prejudicou a avaliação do projeto pelo relator. Portanto, é importante que o pesquisador observe, em projetos futuros, que os principais dados do projeto devem estar igualmente descritos no Formulário da Plataforma Brasil e no projeto detalhado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITÓRIA, 29 de Abril de 2015

Assinado por:
Grace Kelly Filgueiras Freitas
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468**Bairro:** S/N**CEP:** 29.040-091**UF:** ES **Município:** VITÓRIA**Telefone:** (27)3335-7211**E-mail:** cep@ccs.ufes.br