

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NILDA MARIA DE JESUS SANTOS MAURER

AUTOCUIDADO APOIADO:

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CUIDADO EM DIABETES

MELLITUS TIPO II NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAMPO GRANDE
2023

NILDA MARIA DE JESUS SANTOS MAURER

AUTOCUIDADO APOIADO:

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CUIDADO EM DIABETES
MELLITUS TIPO II NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Diagnósticos Locais e Atenção à Saúde da Família

Orientador: Professora Doutora Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda

CAMPO GRANDE
2023

NILDA MARIA DE JESUS SANTOS MAURER

**AUTOCUIDADO APOIADO: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO
CUIDADO EM DIABETES MELLITUS TIPO II NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Diagnósticos Locais e Atenção à Saúde da Família

Orientador: Professora Doutora Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda

Banca examinadora:

Nota/conceito

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda – UFMS

Guilherme Oliveira de Arruda - UFMS

Shérica Karanini Paz de Oliveira – UECE

AVALIAÇÃO FINAL: () Aprovação

() Reprovação

A Deus

Ao meu filho pela ajuda

A minha orientadora por toda a paciência e
ensinos.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

Aos participantes da pesquisa que propiciaram uma coleta de dados e contribuíram para a construção desse trabalho.

A minha orientadora Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda por todos os ensinamentos, paciência e dedicação no nosso trabalho.

O presente estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

As condições crônicas constituem circunstâncias comuns aos atendimentos em saúde, dentre elas, destaca-se o Diabetes Mellitus tipo II, cuja participação ativa da própria pessoa que convive com doença é fundamental para o sucesso do tratamento. Para tanto, o autocuidado apoiado é uma tecnologia assistencial que propicia o empoderamento do indivíduo para o gerenciamento do autocuidado e o posiciona como protagonista do seu processo saúde-doença. Contudo, mesmo sendo baixo custo e associado a melhores resultados clínicos, o autocuidado apoiado não é implementado, por vezes, por dificuldades relacionadas ao conhecimento dos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde. Este estudo objetivou compreender o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o autocuidado apoiado no cuidado a indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II. Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com coleta de dados realizada em duas Unidades de Saúde da Família do município de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. Os dados foram coletados em quatro grupos focais, dois em cada unidade de saúde, entre os meses de fevereiro e abril de 2022, com 37 profissionais de saúde. Os grupos focais foram conduzidos com uso de questões norteadoras acerca do tema. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes. Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, subsidiada pelo referencial teórico *Theoretical Domains Framework*. Esse trabalho está inserido em um projeto matricial intitulado “Autocuidado apoiado no manejo do *Diabetes mellitus* na Atenção Primária: intervenção e avaliação”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os resultados foram estruturados em duas categorias: O conceito do autocuidado apoiado e seus elementos; e Fatores que interferem no autocuidado apoiado. Sobre a primeira, os principais resultados versaram sobre os cuidados aos indivíduos, tendo a unidade de saúde e a família como suporte e corresponsáveis, e a fragilidade no conhecimento acerca da tecnologia do autocuidado apoiado, atrelando-o à assiduidade do indivíduo aos cuidados e serviços ofertados. Em relação a segunda categoria, foram indicados como fatores limitantes a implementação dos elementos do autocuidado de maneira não sistematizada; fragilidade no cuidado interdisciplinar; conhecimento e aceitação do indivíduo sobre sua condição de saúde; influência de fatores culturais e socioeconômicos da população no comportamento e na aplicação do autocuidado; diferentes recursos disponíveis ao serviço e a descrença no poderio de mudança social. Conclui-se que, apesar das fragilidades identificadas no conhecimento e na aplicabilidade da tecnologia do autocuidado apoiado a organização do processo de trabalho, dos recursos humanos e de infraestrutura, e a cultura de educação permanente podem refletir

na implementação dessa tecnologia nos contextos de saúde, proporcionando um cuidado adequado a indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II. O entendimento acerca do conhecimento profissional quanto ao uso dessa tecnologia permite a compreensão de barreiras e potencialidades de uso na Atenção Primária à Saúde. O estudo subsidiou a identificação de empecilhos a novas práticas eficazes em autogerenciamento de condições crônicas no que tange indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II.

Descritores: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Autocuidado; Estratégia de Saúde da Família; Conhecimento.

ABSTRACT

Chronic conditions are common circumstances in health care, among which Diabetes Mellitus type II stands out, in which the active participation of the person living with the disease is fundamental for the success of the treatment. To this end, supported self-care is a care technology that empowers individuals to manage self-care and positions them as protagonists of their health-disease process. However, even though it is low cost and associated with better clinical outcomes, supported self-care is sometimes not implemented due to difficulties related to the knowledge of professionals working in Primary Health Care. This study aimed to understand the knowledge of health professionals about self-care supported in the care of individuals with Type II Diabetes Mellitus. Exploratory study, with a qualitative approach, with data collection carried out in two Family Health Units in the city of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul. Data were collected in four focus groups, two in each health unit, between February and April 2022, with 37 health professionals. The focus groups were conducted using guiding questions about the theme. A sociodemographic characterization questionnaire of the participants was applied. The data obtained were submitted to content analysis, supported by the theoretical framework Theoretical Domains Framework. This work is part of a matrix project entitled “Self-care supported in the management of Diabetes mellitus in Primary Care: intervention and evaluation”, which was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings. The results were structured into two categories: The concept of supported self-care and its elements; and Factors that interfere with supported self-care. Regarding the first, the main results dealt with care for individuals, with the health unit and the family as support and co-responsible, and the fragility of knowledge about the technology of supported self-care, linking it to the individual's assiduity to care and services offered. Regarding the second category, the implementation of self-care elements in a non-systematized way were indicated as limiting factors; fragility in interdisciplinary care; individual's knowledge and acceptance of their health condition; influence of cultural and socioeconomic factors of the population on the behavior and application of self-care; different resources available to the service and disbelief in the power of social change. It is concluded that, despite the weaknesses identified in the knowledge and applicability of the self-care technology supported by the organization of the work process, human resources and infrastructure, and the culture of permanent education, they can reflect on the implementation of this technology in health contexts, providing adequate care to individuals with Type II Diabetes Mellitus. The understanding of professional knowledge regarding the use of this technology allows the understanding of barriers and potential use in Primary Health Care. The study supported the identification of obstacles to new effective

practices in self-management of chronic conditions regarding individuals with Type II Diabetes Mellitus.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Self Care; Family Health Strategy; Knowledge.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Domínios do TDF relacionados aos principais resultados da categoria " O conceito de autocuidado e seus elementos "	39
Figura 2: Pilares do autocuidado apoiado relacionados aos principais resultados da categoria " O conceito de autocuidado e seus elementos "	40
Figura 3: Domínios do TDF relacionados aos principais resultados da categoria " Fatores que interferem no autocuidado apoiado ".....	50
Figura 4: Pilares do autocuidado apoiado relacionados aos principais resultados da categoria " Fatores que interferem no autocuidado apoiado ".	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de participantes na USF Alves Pereira, Campo Grande, Brasil, 2022.....	33
Tabela 2: Distribuição de participantes na USF Vila Fernanda, Campo Grande, Brasil, 2022.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição dos domínios de TDF e suas definições	30
Quadro 2. Categorias temáticas, núcleos dos sentidos, domínios do TDF e pilares do Autocuidado Apoiado.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	Modelo de Atenção Crônica
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TDF	Theoretical Domains Framework
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
USF	Unidade de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
CRS	Centro Regional de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
ACS	Agentes Comunitários de Saúde

SUMÁRIO

1	Introdução.....	13
2	Revisão da Literatura	18
2.1	As condições crônicas de saúde, epidemiologia geral e o impacto na vida dos indivíduos e na saúde pública no Brasil	18
2.2	Diabetes Mellitus: Epidemiologia e Saúde Pública	20
2.3	Cuidados com a DM tipo II na APS.....	22
2.4	Autocuidado apoiado.....	23
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos Específicos.....	27
4	MÉTODOS	28
4.1	Tipo de Estudo	28
4.2	Referencial Teórico – Autocuidado Apoiado	28
4.3	Referencial Metodológico – TDF.....	29
4.4	Local do estudo	32
4.5	Participantes do estudo	33
4.6	Procedimento de coleta de dados	34
4.7	Organização e análise dos dados.....	35
4.8	Aspectos Éticos.....	37
5	RESULTADOS.....	38
5.1	O conceito de autocuidado e seus elementos	38
5.2	Fatores que interferem no autocuidado apoiado	49
6	DISCUSSÃO.....	59
6.1	O conceito de autocuidado e seus elementos	59
7	CONCLUSÕES	69
8	Relevância, impactos e aplicabilidade à Estratégia Saúde da Família.....	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....	81
	APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
	ANEXO A. DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	82

1 INTRODUÇÃO

A definição de condições crônicas de saúde compreende doenças de início gradual e duração longa ou incerta, que podem acometer as diversas faixas etárias, decorrentes de diferentes fatores e causas. Elas compartilham a temporalidade, requerem monitoramento e controle sintomatológico, cuidado contínuo e longitudinal. E podem levar a hospitalizações de longa data, morbidades longínquas, redução da qualidade de vida e óbitos (BRASIL, 2014; MOREIRA *et al.*, 2017).

Tais condições envolvem, além do tratamento médico, mudanças de estilo e hábitos de vida, bem como a estruturação do modo que a condição se apresenta no cotidiano do indivíduo, relações familiares e sociais (BRASIL, 2014; MOREIRA *et al.*, 2017).

Dentre uma das práticas voltadas ao cuidado de condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS), institui-se o autocuidado apoiado, que significa uma maneira de adscrição do usuário, de modo que o indivíduo se reconheça como papel central em autorresponsabilidade sanitária (MENDES, 2012). Isso acaba por possibilitar a tomada de decisões ancoradas de modo compartilhado de responsabilidades. Essa tecnologia, quando bem aplicada, pode reduzir custos ao sistema de saúde pública, mas requer uma equipe multiprofissional com conhecimento teórico-prático para o manejo deste indivíduo (BRASIL, 2017; MENDES, 2012).

É necessário que haja organização de estratégias de aprimoramento do cuidado em saúde com usuários da APS. Dessa forma, espera-se que o uso de tecnologias leves, como o autocuidado apoiado, possibilite maior efetividade no manejo clínico do Diabetes Mellitus (DM) tipo II, prevenção e complicações e promoção de saúde (BRASIL, 2017; CAMARGO *et al.*, 2021; FARINHA *et al.*, 2020). De modo a subsidiar novas práticas, bem como estruturar um modelo que tenha a devida eficiência, é preciso explorar o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento do indivíduo com DM tipo II e no uso do autocuidado apoiado.

A falta de implementação de práticas sistematizadas de consultas e aconselhamento em saúde aos indivíduos com DM tipo II, bem como as fragilidades na atenção de condições crônicas demonstram a necessidade de ações que observem a instrumentação de tecnologias de cuidado e assistência voltadas ao atendimento deste público (CAMARGO *et al.*, 2021).

Além disso, é fundamental propiciar a implementação do autocuidado apoiado amparado em referenciais de transferência de conhecimento que obtiverem melhores resultados.

Acerca do atendimento ao usuário com condição crônica, no que tange o contexto de vida do usuário, bem como fragilidades na atenção de condições crônicas pela APS, a transferência de conhecimento não é obtida de forma simplificada e, conseqüentemente, nem sempre possuem êxito. Espera-se que haja ações que promovam a estruturação de práticas efetivas para profissionais de saúde envolvidos na disseminação e monitoração de intervenções voltadas tanto ao tratamento da condição crônica, bem como ao autocuidado pactuado com o indivíduo (FARINHA *et al.*, 2020; MENDES, 2012).

Nesse contexto, é preciso saber que o convívio com condições crônicas possui repercussões sobre o viver diário que interferem em diferentes esferas da vida do indivíduo, como socioeconômica, familiar, na qualidade de vida, entre outras. Aliado a isso, ressalta-se o elevado número de mortes prematuras que, por conseguinte, ocasiona impactos negativos para a família, comunidade, previdência social, sistema de saúde e a sociedade em geral (MENDES, 2018; CDC, 2022).

As doenças crônicas são parte das condições crônicas e se desenvolvem por diferentes causas, de acordo com variáveis como fatores de risco individuais biopsicológicos, doenças transmissíveis, condições maternas e perinatais, manutenção de saúde por ciclos de vida, enfermidades, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas e estruturais (MENDES, 2018).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que, nos anos 2000, as condições crônicas representavam 60,8% das causas de mortes, passando para 73,6% em 2019 (OMS, 2021). Dentre as doenças que entram no rol de condições crônicas, destaca-se o DM, cujo crescimento alarmante em prevalência global e negligência diagnóstica são destaques em saúde pública (OMS, 2021).

A prevalência mundial de indivíduos com DM atingiu 9,3%, representando 463 milhões de pessoas, sendo mais da metade dos casos (50,1%) caracterizados como adultos ainda não diagnosticados, que possuem pelo menos a DM tipo II (IDF, 2019). Não obstante, há previsões de que este número aumente para 578 milhões em 2030, e para 700 milhões em 2045 (IDF, 2019). Em termos de morbimortalidade, esta condição crônica se constitui entre as principais causas de mortes, sendo que 46,2% ocorrem em pessoas com menos de 60 anos (IDF, 2019).

Assim, para que ocorra o sucesso no cuidado ao indivíduo com DM tipo II, é fundamental que ele participe de maneira ativa no processo de autocuidado (MENDES, 2012). Nesse contexto, o autocuidado apoiado pode proporcionar uma colaboração estreita entre equipe de saúde e indivíduo, envolvendo também o contexto familiar e social, com o objetivo

de viabilizar um trabalho conjunto para o estabelecimento de um plano de cuidados e metas a serem alcançadas para o manejo da doença (BRASIL, 2013).

Autocuidado apoiado pode ser definido como aplicação de ações interrelacionadas, de modo a promover a autogestão em saúde (TESTON *et al.*, 2018). Dessa maneira, ele objetiva o preparo e o empoderamento dos indivíduos com condição crônica de saúde para se autocuidarem, enfatizando papel protagonista e central no escopo de controle do processo saúde-doença (MENDES, 2012; TESTON *et al.*, 2018).

Uma das prioridades da APS no Brasil é a realização de ações relacionadas à promoção e prevenção em saúde (PNAB, 2017). Uma vez que a DM tipo II se constitui como uma das maiores condições crônicas em morbimortalidade, mas que ao mesmo tempo, configura-se como condição sensível às intervenções no âmbito da APS, faz-se necessário a implementação e avaliação de ações que possam apresentar benefícios no autocuidado apoiado do indivíduo usuário da APS no Brasil (MENDES, 2012).

Nesse contexto, é fundamental que este cuidado perpassasse para além de medidas seriadas de controle glicêmico. No entanto, a implementação de ações que estimulem a conscientização de indivíduos quanto a comportamentos baseados no autocuidado apoiado, bem como a implementação dessa tecnologia de cuidado, constitui-se um desafio no cenário da APS (MENDES, 2012).

Dentre os desafios da aplicabilidade da tecnologia do autocuidado apoiado, estudo destacou características de adesão da população-alvo masculino por elevado índice de não comparecimento ao acompanhamento em saúde e recusas na participação. Além disso, foram citadas as perdas de seguimento por desinteresse como limitante no processo de aplicabilidade efetiva da tecnologia (ARRUDA *et al.*, 2022).

Tais dificuldades de estruturação desta tecnologia podem estar relacionadas, também, às falhas em seu protocolo de intervenção quando inserido no contexto de atenção à saúde (ARRUDA *et al.*, 2022). Por sua vez, essas falhas ocorreram principalmente na implementação da metodologia completa do autocuidado apoiado, baseado em toda sua especificidade técnica-teórica (MORAIS *et al.*, 2015). Para isso, faz-se necessário compreender o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde, inseridos no contexto de APS, da prática de cuidado baseada no autocuidado apoiado, bem como avaliar a sua implementação e os fatores que a influenciam.

Nesse cenário, é preciso saber que o conhecimento pode ser estruturado em duas formas básicas: Explícita, que se constitui como um meio rápido e simples de internalização; e a Tácita,

que é a forma específica de conhecimento armazenada na mente do indivíduo e, por isso, de difícil acesso e individual. No entanto, um saber individual pode ser compartilhado e se transformar de tácito para explícito. Este compreende o modelo de Socialização, Externalização, Combinação e Internalização (SECI), viabilizando o processo de transferência entre indivíduos (SANTOS; OLIVEIRA; DUTRA, 2017).

Sabe-se, também, que os profissionais de saúde envolvidos com o manejo e o cuidado de indivíduos com condições crônicas são fundamentais no sucesso de estruturação do autocuidado apoiado (MENDES, 2012). Contudo, mesmo sendo uma tecnologia de baixo custo e que impacta de maneira positiva na assistência em saúde, ainda não é implementada na prática dos profissionais de saúde e, principalmente, da enfermagem. Isso reverbera por um déficit formativo estrutural do conceito aplicado de autocuidado apoiado (BRASIL, 2012; MORAIS *et al.*, 2015).

Os processos de educação continuada de profissionais que atendem esta parcela populacional visam a estruturação efetiva de um autocuidado apoiado no manejo de indivíduos com DM tipo II e outras condições crônicas. Para isso, deve-se produzir evidências do conhecimento inicial destes profissionais, além da percepção do processo de estruturação do autocuidado apoiado na realidade vivida da APS.

Dessa maneira, o cuidado ao indivíduo com condições crônicas, como o DM tipo II, necessita ser inserido em uma estruturação de organização em saúde que compartilhe responsabilidades do cuidado para com esse indivíduo. Assim, a implementação de intervenções embasadas no modelo de autocuidado apoiado deve ser instituída pensando na conformidade do programa, bem como, na maneira de transferência de conhecimento ao profissional, visto que este viabilizará condições para o comprometimento do paciente no autocuidado para além da atenção às medidas seriadas de valores glicêmicos, instituindo, assim, uma ferramenta de transformação social que preconize o diálogo, a corresponsabilização e a decisão compartilhada.

A explicitação de dados referentes ao conhecimento dos profissionais sobre a tecnologia do autocuidado apoiado fundamentará o desenvolvimento de ações formativas, baseadas em transferência de conhecimento, assim como, na estruturação do processo de cuidado dos profissionais para o apoio ao autocuidado.

Assim, é fundamental avaliar o conhecimento do profissional acerca do autocuidado apoiado na APS, bem como fatores relacionados, identificando barreiras e potencialidades que influenciam na utilização desta tecnologia. Dessa forma, é possível identificar estratégias de

transferência de conhecimento que contribuam para a implementação da prática do autocuidado apoiado, além de ancorar essa transferência em estratégias efetivas. A partir do conhecimento dos profissionais de saúde, é possível estruturar momentos educacionais a fim de estruturar o uso dessa tecnologia, fundamentar e sistematizar intervenções no que tange autogerenciamento apoiado do DM tipo II na APS, trazendo melhores indicadores de saúde, organização e acompanhamento desses indivíduos. De mesmo modo, é possível avaliar o uso de diferentes estratégias de educação em saúde de apoio no autocuidado futuro de indivíduos com condições crônicas (SANTOS, 2016; MENDES, 2012).

Assim, questiona-se: Qual o conhecimento dos profissionais de saúde da APS sobre a tecnologia do autocuidado apoiado em indivíduos com DM tipo II? Desse modo, compreender o conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos acerca do autocuidado apoiado para indivíduos com DM tipo II na APS, bem como a percepção destes sobre esta tecnologia de assistência poderá contribuir com o cuidado prestado aos indivíduos com DM tipo II e potencializar as ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: CONCEITUAÇÃO E REPERCUSSÕES

A crescente evolução tecnológica na assistência em saúde e a transição demográfica, com influências diretas em perfis epidemiológicos em saúde, têm influenciado de maneira significativa o perfil nosológico da população brasileira (CLARO *et al.*, 2013).

As possibilidades de intervenção sobre o meio ambiente, bem como intervenções farmacológicas mais efetivas, ajudaram a reduzir as afecções de etiologias infectocontagiosas. Por outro lado, repercussões do desenvolvimento tecnológico-científico nas condições de vida dos seres humanos levaram ao aumento da expectativa de vida, e com isso, há maior risco de desenvolver doenças crônicas-degenerativas, com consequente aumento da mortalidade por estas causas (CLARO *et al.*, 2013; DUARTE; BARRETO, 2012).

As condições crônicas tiveram um crescimento gradativo depois da segunda metade do século XX, em meio a um cenário marcado pelo consumo alimentar inadequado e prática de atividade física insuficiente, portanto, mais favorável ao desenvolvimento dessas afecções (CDC, 2022; CLARO *et al.*, 2013).

Tal constatação coincide com a taxa de 60% das mortes em decorrência de doenças crônicas, as quais se configuram como a principal causa de mortalidade no mundo (OMS, 2018).

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam 74% das causas de mortes no país. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), existem no país quase 53 milhões de pessoas com pelo menos uma doença crônica, e as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que mais da metade da população com mais de 60 anos possui alguma condição crônica (BRASIL, 2020).

Tradicionalmente, os processos em saúde eram estruturados conforme divisão em doenças transmissíveis (DT) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esta diferenciação de origem etiológica e patogênica é significativa no contexto epidemiológico. Contudo, diferenças com bases propriamente ditas nas origens da afecção não são capazes de delimitar processos de organização em sistemas de saúde, pois há doenças transmissíveis, que sob respostas sociais e longos períodos de curso, são mais próximas ao enfrentamento de DCNT (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021).

A atenção às condições crônicas como orientadora de estratégias na atenção e gestão de redes ultrapassa o viés de indução de um sistema para além unicamente do modo de transmissão

de caráter infectocontagioso propriamente dito (MOREIRA *et al.*, 2017; OMS, 2003). A recomendação no uso do termo ‘condições crônicas’ perpassa modos de transmissibilidade, tendo nas DCNT a validação perante caráter de cunho principalmente epidemiológico (MOREIRA *et al.*, 2017).

Este viés acaba por ser resistente à adequação de modelos de atenção (MOREIRA *et al.*, 2017). Dessa maneira, exigem respostas sociais que, em contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) são, principalmente, reativas ou proativas tanto de profissionais de saúde, quanto do usuário, sendo as respostas reativas empregadas em casos de condições agudas, enquanto condições crônicas exigem respostas mais proativas do sistema. (MENDES, 2018).

Numa tentativa de ampliar a discussão sobre processos saúde-doença, as condições crônicas de saúde são compreendidas numa perspectiva de viver com saúde, promovendo adaptações para equilibrar danos e limitações causadas pela doença. Condições crônicas, de acordo com o conceito da Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, inclui todos as conjunções que possuem uma ou mais das características, como permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (SANTOS; SILVA; CUSTÓDIO, 2017).

Destarte, constitui-se como uma condição complexa e permanente que requer estratégias necessárias para mudança no estilo de vida. Além de se caracterizar por longa duração e pela necessidade de um preparo para se adaptar, envolve estratégias para lidar com sintomas e enfrentamento de mudanças no estilo de vida, relações familiares e sociais (MOREIRA *et al.*, 2017). Dessa forma, a condição crônica pode ter início a partir de um processo de agudização da afecção, que se prolonga através de períodos de exacerbações e remissões (CLARO *et al.*, 2013).

Esta tipologia de classificação em condições agudas e crônicas de saúde se faz a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias do sistema de saúde, bem como os sistemas de atenção à saúde se organizam. Isso é diferente da clássica tipologia de DT e DCNT justamente por não se sustentar apenas na etiopatogenia das doenças (MENDES, 2012).

As doenças que integram o escopo das DCNT se caracterizam, de maneira geral, por não apresentarem caráter infectocontagioso e, de um ponto de vista temporal, por não serem agudas. Desta forma, possuem repercussões socioeconômicas como elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, ocasionando impactos econômicos negativos para

famílias, indivíduos, previdência social, sistema de saúde e a sociedade em geral (MENDES, 2012; MENDES, 2018; CDC, 2022).

As condições crônicas se desenvolvem com diferentes causalidades dependentes de variáveis como hereditariedade, estilos de vida, exposição fisiológica e exposição ambiental, como alimentação e hábitos saudáveis, exposições a microrganismos e substâncias ou defeitos gênicos (MENDES, 2012). Mendes (2011) refere que condições de saúde crônicas estão relacionadas a outras sintomatologias, seja de ordem agudizada física, quanto de cunho no sofrimento psíquico e emocional.

É preciso lembrar que, mesmo sob cuidados intensivos e boa margem de controle da doença, o acúmulo de eventos e restrições ditadas pelo tratamento podem levar a uma alteração muito significativa no estilo de vida destes indivíduos (CLARO *et al.*, 2013).

O fato é que a qualidade de vida é um conceito intensamente subjetivo, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou econômico. Nesse cenário, desigualdades sociais, diferenças de acesso a bens e serviços públicos e privados, baixa escolaridade e desigualdade, principalmente, no acesso à informação são determinantes de aumento na prevalência de condições crônicas e do agravamento destas afecções (BRASIL, 2012).

2.2 DIABETES MELLITUS: EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

O DM é uma das condições crônicas mais relevantes na atualidade, cuja prevalência merece destaque por conta do crescimento ímpar nas últimas décadas. Oliveira (2017) refere que esse crescimento pode ser relacionado à ocorrência de comportamento sedentário, à obesidade e à alimentação inadequada. Pode-se relacionar o comportamento sedentário associado a efeitos deletérios em condições crônicas por presença enaltecida em marcadores do tipo inflamatório, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, hiperglicemia e risco de mortalidade em pacientes com DM (OLIVEIRA, 2017).

Indivíduos com DM tipo II de início, normalmente, produzem insulina, mas ocorre uma não utilização adequada por conta da diminuição da sua ação (resistência insulínica). Sem uma ação hipoglicemiante da insulina de maneira efetiva e com uma diminuição de captação de glicose pelas células, ocorre produção de glicose hepática, o que colabora com o aumento de níveis circulantes de glicemia, associando-se com altos níveis de insulina no sangue (IDF, 2017; FIGUEIREDO; RABELO, 2009).

O Brasil ocupa a 6ª posição em maior número de pessoas com diabetes entre 20 e 79 anos (IDF, 2021). Além disso, é sabido que indivíduos com diabetes não controlada ou não tratada são mais propensos a complicações macrovasculares, como cardiopatia isquêmica, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral, bem como complicações microvasculares, como retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia sensitiva distal (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

As evidências mostram que este impacto econômico reflete em saúde pública. Em 2017 no Brasil foram gastos, de maneira geral, 29,3 bilhões de reais em tratamento de saúde relativos à DM tipo II. Estes custos tendem a aumentar em uma estimativa de 30% até 2045 (IDF, 2017). Em comparação, somente em 2018, o SUS teve um gasto de cerca de 267 milhões de dólares diretamente atribuíveis à diabetes, que mesmo ambos sendo valores exorbitantes, ajudam a reforçar a magnitude do problema de saúde pública que é o DM, bem como refletem disparidades tanto em origens quanto destinações financeiras (NILSON, 2020).

Nesse cenário, o Brasil possui um histórico em que modelos assistenciais na APS, que foram construídos sob lógica biomédica, persistem e resistem hodiernamente (KESSLER *et al.*, 2018). Nesse contexto, indivíduos com DM tipo II possuem um percentual limitado de autoconhecimento da condição, bem como frentes de atuação limitadas dos próprios profissionais de saúde envolvidos no manejo e cuidado desta população (PARAIZO *et al.*, 2018).

Entre os anos de 1986 e 1988 foi realizado um estudo multicêntrico em nove capitais do Brasil. Foi identificado a prevalência de DM e de tolerância à glicose diminuída, que em média, era respectivamente de 7,6% e 7,8% na população urbana com idade entre 30 e 69 anos (MALERBI; FRANCO, 1992). Estes dados refletem uma realidade do final da década de 1980. Sobre o estudo, destaca-se a desinformação de 46% de indivíduos diagnosticados que desconheciam possuírem a condição, que provavelmente seria diagnosticada mais tardiamente por complicações. Para fins comparativos, no ano de 2020, estima-se ainda uma proporção de 31,9% de casos sem diagnósticos, o que confere ao Brasil a 8ª posição no ranking mundial de diabetes não diagnosticadas em adultos entre 20 e 79 anos (IDF, 2021).

O DM tipo II é considerado uma epidemia mundial do século XXI e é um problema de saúde pública. A sua prevalência é atribuída ao envelhecimento populacional, bem como o próprio tratamento melhorado, permissível a maiores longevidades. Também ao estilo de vida atual, inserido no contexto de alimentações pouco nutritivas e calóricas, somados a um

cotidiano caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predis põem ao acúmulo de gordura corporal e elevados níveis glicêmicos circulantes (SBD, 2017).

A exposição à hiperglicemia prolongada aumenta o risco de desenvolvimento de complicações da doença, como macroangiopatia, retinopatia, nefropatia e neuropatias (CAMPOS, 2016; MORTON; PHILLIPS, 2016). Conforme cresce o número de complicações os custos envolvem atenção terciária de saúde e, portanto, mais custosos ao sistema.

Nesse cenário, doenças cardiovasculares associadas com a debilidade prévia causada pelo DM tipo II, tornam-se as principais complicações que levam à mortalidade desses indivíduos. Por sua vez, a retinopatia representa a principal causa de cegueira adquirida no país e a nefropatia uma das principais complicações que necessitam de assistência dialítica. O pé diabético é a principal causa de amputação de membros inferiores de cunho não traumático no Brasil. Soma-se ainda uma gama de procedimentos, custos com hospitalização, medicamentos, exames complementares que possuem sua necessidade atrelada a esta afecção (CAMPOS, 2016; MORTON; PHILLIPS, 2016).

Tendo em vista que a DM tipo II é uma condição sensível à APS, é necessário que haja estratégias de organização de modo a aprimorar cuidados em saúde por meio de tecnologias leves. O uso destas, prevê maior efetividade de manejo clínico da doença, prevenção de complicações e promoção em saúde (BRASIL, 2017; CAMARGO *et al.*, 2021; FARINHA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o autocuidado apoiado se mostraria capaz de promover melhorias através do empoderamento do usuário em saúde no autocuidado proposto, bem como fortalecimento entre o profissional, família, usuário e a Unidade de Saúde (CAMARGO *et al.*, 2021; MENDES, 2012).

2.3 CUIDADOS COM A DM TIPO II NA APS

Dentre as diversas etiologias do diabetes, o DM tipo II representa cerca de 90% a 95% dos casos. Possui prevalência superior em indivíduos com mais de 40 anos. Além disso, dados mostram que 80% dos acometidos com essa condição possuem índices de massa corporal compatíveis com sobrepeso ou obesidade (IDF, 2017; ADA, 2014).

Sobre a condição crônica, destacam-se indivíduos que possuem peso considerado dentro do padrão de normalidade de IMC, mas que possuem maior predomínio e distribuição de gordura na região abdominal do que o restante da população (IDF, 2017; ADA, 2014). A prevalência de alterações no IMC e circunferência abdominal em crianças e adolescentes é

relacionada diretamente com um aumento gradativo da prevalência de hipertensão arterial sistêmica precoce, dislipidemia e do próprio DM tipo II (CASTRO; MATO; GOMES, 2006).

A DM tipo II possui alta predisposição genética. Por conta disso, é comum pacientes não apresentarem sintomas clássicos da doença, permanecendo anos sem um diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento adequado. Indivíduos com apenas DM tipo II não são insulino dependentes para sobrevivência, mas com a evolução da doença em descontrole glicêmico pode haver necessidade de insulino terapia (ADA, 2014).

As complicações da DM tipo II, a longo prazo, representam um problema na saúde pública. Nesse cenário, formou-se uma linha de cuidado com o intuito de fortalecer e qualificar a atenção a este indivíduo com DM tipo II por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2013).

O Caderno de Atenção Básica Nº36 sobre o DM institui direções sobre como deveria ocorrer o cuidado dessas pessoas, o fluxo assistencial garantido se a glicemia estiver alterada, bem como prevenção em saúde. Dessa forma, passa-se a propor ações no sentido de rastrear indivíduos com alto risco para o DM (prevenção primária) e identificar os que possuem a condição, mas que ainda desconhecem seu diagnóstico (prevenção secundária), de modo a oferecer tratamento mais precoce e a prevenir o desenvolvimento de complicações (BRASIL, 2013).

O estágio em que um sistema de saúde intervém sob determinado agravo de uma condição crônica é diretamente relacionado a níveis de intervenção, sob conhecimentos, tecnologias e medicamentos disponíveis, tanto para meio individual quanto coletivo (CAMPOS, 2003). Dessa maneira, condições crônicas cuja intervenção se faz por meio de complicações da doença base, requerem maiores custos ao tratamento da intervenção. É preciso que ocorra a integração de serviços de saúde do SUS, garantindo uma melhor relação custo-benefício, principalmente na forma de prevenção de agravos (BRASIL, 2013).

Há quatro pontos fundamentais para a redução dos custos e integração de cuidados ao indivíduo com DM. São eles: a prevenção primária, o rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária), a garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e a qualidade do cuidado prestado (OLIVEIRA; PEREIRA *et al.*, 2013)

2.4 AUTOCUIDADO APOIADO

A elevada persistência e resistência em nível de APS voltada para o modelo biomédico e não preventivo, no Brasil e no Mundo, leva a perdas sanitárias e econômicas pela ineficácia

de modelos que se voltam, em geral, ao atendimento de condições agudas de DCNT (BRASIL, 2019; KESSLER *et al.*, 2018). Há uma enorme demanda por realização de procedimentos e intervenções custosas em saúde, conduzindo a uma atenção ao indivíduo dada de maneira fragmentada e não hierarquizada. É necessário que ocorra a construção de um modelo de atenção aos indivíduos com DM, dado de maneira integral, que envolva os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, mas que seja de construção instituída a partir da APS (BRASIL, 2013).

Visando aprimorar a atenção dada a indivíduos tabagistas, surge em 1989 pelo *National Cancer Institute* o autocuidado apoiado. Esta tecnologia de assistência se baseia na metodologia dos 5 As: Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento do usuário. Por sua vez, pode ser avaliada de modo que propicie uma intervenção social que capacite e empodere o indivíduo com doença crônica para ser agente ativo no controle da condição patológica (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; MENDES, 2012).

A prática do autocuidado, constitui-se um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos. Contudo, no contexto de condições crônicas, esta responsabilidade individual pode ter estímulo de apoiadores (BODENHEIMER *et al.*, 2002). Essa atuação pode ser por meio de abordagens promotoras de mudança de comportamento, como em grupos operativos; cursos dirigidos aos indivíduos com condições crônicas específicas oferecidos por profissionais habilitados; avaliação do comportamento do indivíduo, grau de interesse e confiança na mudança (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado busca evitar hábitos nocivos que levam ao agravamento da doença, controlando fatores de risco e adotando medidas preventivas (BRASIL, 2014; MENDES, 2012). Os indivíduos devem possuir conhecimento sobre seu processo saúde-doença e ser proativo como fator de mudança. Dessa forma, essa tecnologia envolve a construção de um plano de ação que estruture uma maneira de colocar estes indivíduos como protagonistas de seu próprio fator de melhora, apoiados por profissionais de saúde no gerenciamento de sua condição crônica (MENDES, 2012; MENDES, 2018).

As condições crônicas não complicadas podem ter de 70 a 80% de atenção centrada no autocuidado apoiado (MENDES, 2012). Essa tecnologia ocorre por pactuar metas, como educá-las e, o plano de ação para atingi-las, sendo construído e estruturado junto ao apoiador. A partir disso, monitorar resultados, regulações do plano de ação e os benefícios obtidos (MORAIS *et al.*, 2015).

É importante salientar que a não aplicabilidade correta dessa tecnologia é uma realidade vivenciada na prática em saúde. A revisão integrativa realizada por Moraes *et al.*, (2015) buscava identificar as estratégias utilizadas para aumentar o autocuidado apoiado em pacientes com a condição crônica de Acidente Vascular Cerebral. Dos 43 artigos que compuseram a amostra do estudo, nenhum congregou todas as cinco estratégias da metodologia. Apenas dois tiveram uma abordagem com quatro estratégias e 18 só contemplaram uma única estratégia, enquanto 12 abordaram duas estratégias e 11 publicações abordaram três. Desse modo, mostra-se que a aplicabilidade da tecnologia não é institucionalizada de maneira uniforme.

Foi realizado um estudo qualitativo com usuários de Atenção Primária à Saúde no município de Itapeva, São Paulo, no ano de 2015, cujos resultados apontaram fragilidades na atenção às condições crônicas. Explicitou-se carências estruturais relacionadas à desorganização de fluxo assistencial, priorização de atendimentos de demandas agudas, enfoque no modelo biomédico, baixa resolutividade e diminuição da credibilidade da Unidade Básica de Saúde como coordenadora em redes de atenção à saúde ou porta de entrada do sistema de saúde. Considerando-se que o profissional de saúde é o principal elo de empoderamento ao autocuidado e adesão do usuário de saúde ao tratamento, bem como controle das próprias condições de saúde, trata-se de uma debilidade institucional (CAMARGO *et al.*, 2021).

Outro estudo transversal, também realizado no interior de São Paulo, apontou que, especificamente na assistência a pacientes com DM tipo II, há déficit importante na perpetuação de atividades de autocuidado realizadas. Nesse estudo, demonstrou-se que, apesar do conhecimento adquirido pelos indivíduos do estudo, há uma grande dificuldade de se inserir novos hábitos na rotina (FARINHA *et al.*, 2020).

A transferência de conhecimentos, bem como as etapas de Assistência e Acompanhamento da pactuação estabelecida encontram-se prejudicados. Espera-se do profissional de saúde a transmissão de conhecimento facilitada, de modo a motivar o paciente a aprender sobre a doença e assumir ativamente seu papel. Com isso, faz-se necessário conjecturar esforços e envolvimento dos profissionais para disseminar e monitorar intervenções voltadas ao tratamento e autocuidado (FARINHA *et. al.*, 2020). É responsabilidade do profissional e das instituições de saúde a promoção e planejamento deste autocuidado a partir do diálogo envolvendo as necessidades do indivíduo em relação à condição crônica (BRASIL, 2014).

Num estudo realizado no interior do estado de São Paulo em 2019, sugeriu que, a partir de dados obtidos com 41 usuários da APS, o contexto de vida do usuário não é contemplado

nas ações de cuidado. Há a necessidade de que os profissionais de saúde percebam este indivíduo como sujeito social e político, articulado no meio de inserção para que, a partir daí, trace planos de cuidados condizentes com necessidades individuais e promoção de cuidado integral (JANKE *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o autocuidado apoiado na assistência a indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o conceito de autocuidado apoiado a indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II.
- b) identificar barreiras e potencialidades que podem influenciar na utilização do autocuidado apoiado na assistência a indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, devido explorar o conhecimento, barreiras e potencialidades do profissional de saúde sobre autocuidado apoiado, de forma a fornecer informações para uma investigação mais precisa, com maior proximidade ao tema construído (DENZIN; LINCOLN, 2008; TANAKA; MELO, 2014). Para isso, ela está ancorada no referencial teórico do Autocuidado Apoiado (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; MENDES, 2012) e metodológico do *Theoretical Domains Framework* - TDF (VANZELA, A.S., 2022; MICHIE *et al.*, 2005)

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO – AUTOCUIDADO APOIADO

O referencial teórico proposto por este estudo baseia-se no autocuidado apoiado, que é uma modalidade de construção de projeto terapêutico aos indivíduos com condições crônicas (MENDES, 2012). Esta estratégia de ação possui cinco pilares de atuação: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. Esses pilares ancoram o acompanhamento e manejo do indivíduo com condições crônicas, de acordo com projetos individualizados, pautados na (re)construção da própria saúde (FERNANDES *et al.*, 2017; MORAIS *et al.*, 2015).

Mendes (2012) propõe que essa forma de colaboração entre paciente, família e equipe de saúde para estabelecer o plano de cuidado e metas a serem alcançadas no manejo da doença, perpassa a metodologia dos 5As. São eles:

- Avaliação – entendimento das crenças e valores, conhecimento e comportamento do indivíduo;
- Aconselhamento – transmissão de informações específicas acerca de benefícios, mas também de riscos, que envolvem as mudanças. Isso é obtido através de educação em saúde pelos profissionais de saúde engajados no autocuidado apoiado, bem como treinamento de habilidades;
- Acordo – pactuação de metas a serem atingidas, traçadas a partir das necessidades apontadas pelo indivíduo, considerando os contextos sociais e individuais;

- Assistência – ajuda, pelo profissional de saúde, ao indivíduo na identificação de barreiras para atingir metas pactuadas, renegociação de metas e (re)estruturação do plano de autocuidado;
- Acompanhamento – elaboração e execução efetiva das metas traçadas e pactuadas.

Na prática, não há estruturação do cuidado e acompanhamento que valorize as especificidades de cada indivíduo, a fim de perceber melhora de parâmetros clínicos-patológicos e efetividade terapêutica (FERNANDES *et al.*, 2017). Desse modo, objetiva-se com o autocuidado apoiado o preparo e empoderamento de pessoas usuárias para que façam o autogerenciamento da saúde em relação à saúde prestada (MENDES, 2012).

Esse sentido de autorresponsabilidade sanitária inclui o uso regular de programas de apoio para fornecer informações e educação em saúde aos indivíduos, bem como suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas (MENDES, 2012). Estabelece-se como uma cooperação entre equipe de saúde e pessoas usuárias para, conjuntamente, definir problemas, estabelecer prioridades, propor metas, elaborar planos de cuidado e monitorar os resultados, melhoras e retrocessos do processo saúde-doença envolvido (FERNANDES *et al.*, 2017; MENDES, 2012).

4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO – TDF

O *Theoretical Domains Framework* (TDF), segundo validação por Vanzela (2022), é uma tecnologia que foi desenvolvida inicialmente para pesquisas de intervenções, para a identificação de barreiras e potencialidades para a implementação de um comportamento, de modo a fornecer uma lente teórica para avaliação de influências comportamentais dos pesquisados.

Teorias do comportamento e os fatores associados à mudança comportamental propõem explicar a influência emocional, de pensamentos, material e social no comportamento (CORKER *et al.*, 2021; VANZELA *et al.*, 2022). Especificamente na área de saúde, possui o objetivo de alcançar populações e alterar comportamentos prejudiciais. Diversas teorias já foram produzidas, sendo o TDF uma das ferramentas utilizadas na tentativa de tornar a mudança de hábitos, principalmente em saúde, através de tecnologia leve e factível na prática diária (VANZELA *et al.*, 2022; MICHIE *et al.*, 2005, 2018). Por sua vez, essa estrutura integra teorias psicológicas de modo a ser utilizadas pela multiprofissionalidade em saúde no desenvolvimento estratégico de implementação de práticas baseadas em evidências.

As teorias que envolvem a mudança de comportamento podem ser avaliadas quanto a hipóteses capazes de serem testadas por um determinado comportamento e estruturação de implementação. O TDF é uma tecnologia integrativa inicialmente construída contendo 33 teorias de mudança agrupadas em 12 domínios de determinantes comportamentais (MICHIE *et al.*, 2005).

Essa tecnologia é constituída por diferentes fatores, distribuídos tanto em comportamento quanto em performance profissional, agrupados, inicialmente em 12 áreas (versão 1), sendo reorganizadas posteriormente em 14, após o estudo de validação e adaptação cultural para a língua portuguesa (versão 2). Este estudo optou pelo uso da versão 2 por conta de levar em conta a dimensão cultural e adaptativa da tecnologia. Estes domínios diversos representam fatores relacionados a intenções, a capacidades individuais ou quanto ao ambiente profissional de trabalho (CANE J; O'CONNOR; MICHIE S., 2012). Neste contexto, avalia influências tanto em cunho cognitivo, afetivo, social e ambiental sobre o comportamento (ATKINS *et al.*, 2017).

A identificação dos determinantes comportamentais integrativos por meio do TDF recorre às explicações científicas identificadas para o comportamento humano. A utilização da ferramenta se deu por meio de avaliação de cada fala proferida e inserção organizacional dentro de domínios do TDF, baseadas nas definições propostas.

O presente estudo seguiu orientações de domínios e definições, conforme as propostas por Vanzela *et. al.* (2022). Nesse constructo, 14 domínios foram validados:

Quadro 1: Descrição dos domínios de TDF e suas definições

Domínios – TDF	Definições
D1 Conhecimento	Uma consciência da existência de algo.
D2 Capacidades	Uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática.
D3 Identidade e papel profissional/social	Um conjunto coerente de comportamentos e expressão de qualidades pessoais de um indivíduo num ambiente social ou de trabalho.
D4 Crenças sobre capacidades	Aceitação da verdade, realidade ou validade de uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode usar de forma construtiva.

D5 Otimismo	A confiança de que as coisas acontecerão da melhor forma ou de que os objetivos desejados serão alcançados.
D6 Crenças sobre consequências	Aceitação da verdade, realidade ou validade dos resultados de um comportamento em uma determinada situação.
D7 Reforço	Aumentar a probabilidade de uma resposta pelo estabelecimento de uma relação de dependência, ou contingência entre a resposta e um determinado estímulo.
D8 Intenções	Uma decisão consciente para realizar um comportamento ou uma determinação para agir de certa maneira.
D9 Metas	Representações mentais de resultados ou estados finais que um indivíduo deseja alcançar.
D10 Processos de Memória, Atenção e Decisão	Habilidade de reter informações, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas.
D11 Contexto e recursos ambientais	Qualquer circunstância da situação ou do ambiente de uma pessoa que desencoraja ou encoraja o desenvolvimento de capacidades, independência, competência social e comportamento adaptativo.
D12 Influências sociais	Aqueles processos interpessoais que podem fazer com que indivíduos mudem seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos.
D13 Emoção	Um padrão de reação complexo envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, pelo qual o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo.

D14 Regulação comportamental	Qualquer coisa destinada a gerenciar ou mudar ações observadas ou medidas de forma objetiva.
------------------------------	--

4.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde: Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Walfrido Ferreira de Azambuja (USF-Alves Pereira) e Maria Ivone de O. Nascimento Arakaki Vila Fernanda (USF-Vila Fernanda), localizadas no município de Campo Grande, no estado de Mato Grosso do Sul. O contato inicial se deu por busca ativa, conforme disponibilidade da equipe e receptividade ao estudo, em meio a um fluxo de atendimento alterado em decorrência da pandemia de Sars-Cov-2.

A USF-Alves Pereira pertence ao distrito sanitário Anhanduizinho de divisão regional de saúde do município de Campo Grande. Esse distrito conta com uma clínica da família, quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 USF, sendo o distrito de maior número de unidades de APS da cidade.

Por sua vez, a USF-Vila Fernanda pertence ao distrito sanitário Lagoa, que conta com um Centro Regional de Saúde (CRS), uma Policlínica Odontológica, oito USF, cinco UBS, e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Cada equipe multiprofissional de Estratégia de Saúde da Família (eSF) é composta por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Saúde da Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e seis agentes comunitários de saúde. Pode-se fazer parte desta equipe de assistência odontológica (BRASIL, 2017).

A USF-Alves Pereira é composta por três equipes de ESF completas com 18 agentes comunitário de saúde (ACS) (sendo cada uma com seis profissionais para cada equipe), um médico, um enfermeiro e ao menos um técnico de enfermagem. Os ACS se responsabilizam pelo acompanhamento de 408 a 548 pessoas, totalizando uma abrangência de 8986 habitantes.

A USF-Vila Fernanda também é composta por três equipes completas de ESF, sendo pelo menos seis ACS, um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem para cada equipe. A Unidade conta com o apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por nutricionista, médico pediatra, psicóloga, fisioterapeuta e fonoaudióloga.

A cobertura realizada pelos 20 ACS inclui de 442 a 625 habitantes por cada agente, totalizando uma abrangência de 10.258 moradores.

4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais que compõem as equipes de saúde da ESF, bem como os profissionais do setor administrativo. Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal), bem como funcionários administrativos, com 18 anos ou mais, experiência mínima de 2 meses na Unidade (para melhor compreensão interna de dinâmicas de funcionamento. Não foram inclusos os profissionais afastados das atividades, que estivessem em férias durante o período de coleta de dados.

Participaram, ao todo, 37 profissionais, sendo 18 pertencentes à Unidade USF Alves Pereira e 19 à USF Vila Fernanda, de modo que não foram necessárias exclusões do estudo. A participação se deu por adesão e interesse pela temática, e a relação de profissionais está distribuída nas tabelas abaixo.

Tabela 1 - Distribuição de participantes na USF Alves Pereira, Campo Grande, Brasil, 2022

Categoria profissional participante	Número de profissionais participantes
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	13
Técnico(a) de enfermagem	3
Enfermeiro(a)	2
Total: 18	

Fonte: os autores, 2022.

Tabela 2 - Distribuição de participantes na USF Vila Fernanda, Campo Grande, Brasil, 2022

Categoria profissional participante	Número de profissionais participantes
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	11
Técnico(a) de enfermagem	3
Administrativo	2
Enfermeiro(a)	1
Dentista	2
Total: 19	

Fonte: os autores, 2022.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O convite de participação foi feito por intermédio das gerências administrativas das Unidades. A adesão se deu por disponibilidade no período pré-definido de pesquisa, com horário marcado, coincidente com a disponibilidade logística da Unidade. Foram realizados quatro encontros, por meio da técnica do Grupo Focal (GF) sendo dois em cada Unidade (GF1 e GF2 na USF Alves Pereira e GF3 e GF4 na USF Vila Fernanda), promovidos entre os meses de fevereiro e abril de 2022, com os profissionais que atenderam aos critérios de seleção e aceitaram participar. As reuniões foram realizadas em uma sala de reuniões da própria unidade, privativa, áudio-gravadas, com o consentimento dos presentes para posterior análise de dados, e com duração média de aproximadamente 60 minutos.

Cada GF foi conduzido por dois pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa, os quais atuaram nas funções de moderador (pesquisador principal deste estudo) e relator (pesquisador da equipe). A função de moderador reservou-se ao pesquisador principal do estudo por dar sentido a condução teórica da pesquisa, bem como utilizar-se de questões norteadoras para o direcionamento do grupo. Por sua vez, a função de relatoria atribuiu-se a uma mesma pessoa em todas as reuniões, cujo trabalho ficou restrito no resumo e síntese de cada fala proferida durante a exploração científica do grupo.

Para orientar a condução do GF as seguintes questões norteadoras foram proferidas: O que vocês sabem sobre o cuidado que deve ser oferecido à um indivíduo com DM tipo II? Qual o conhecimento de vocês sobre a tecnologia do autocuidado apoiado? E qual o seu conhecimento sobre o uso dessa tecnologia no cuidado a indivíduos com DM tipo II? Quais são as barreiras que vocês identificam que impedem a aplicabilidade da tecnologia do autocuidado apoiado? Além disso, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) para levantamento de dados sociodemográficos, ocupacionais e de formação dos profissionais participantes do estudo. As variáveis coletadas foram: gênero, idade, estado civil, renda familiar, pessoas dependentes da renda, função exercida na Unidade, tempo de atuação na Unidade, formação e presença ou não de pós-graduação.

Ao final do GF, o relator apresentou uma síntese contendo as falas resumidas de cada participante acerca da discussão do grupo. A síntese produzida pelo relator serviu como elemento auxiliar para a análise de dados.

4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra em Microsoft Word e as identificações dos participantes, de pessoas e instituições que eles mencionaram foram substituídas por códigos que apenas os pesquisadores envolvidos na coleta de dados tinham conhecimento.

A partir disso, foram analisadas por análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2016). Ela foi realizada por dois pesquisadores, por meio da exploração do material, identificando os relatos que abordassem unidades de núcleos dos sentidos referentes ao conhecimento do profissional sobre autocuidado apoiado, os elementos do autocuidado, o cuidado em DM tipo II, assistência ofertada, desafios e barreiras para a implementação, os quais foram codificados e agrupados.

Posteriormente, os núcleos dos sentidos foram organizados em um quadro que continha as falas/trechos dos participantes, análise, interpretação e reflexões. A análise, interpretação e reflexões foram subsidiadas pelos dois referenciais que apoiam este estudo. Os núcleos de sentido foram agrupados de acordo com suas semelhanças e diferenças, emergindo duas categorias temáticas: O conceito do autocuidado apoiado e seus elementos; Fatores que interferem no autocuidado apoiado.

O quadro 2 apresenta as categorias temáticas, os respectivos núcleos de sentidos identificados, a identificação dos domínios propostos pelo TDF bem como, dos pilares do autocuidado apoiado. Cada trecho foi interpretado e estruturado quanto aos domínios do TDF que o compunham. Por fim, os trechos foram avaliados quanto ao pertencimento nas etapas do autocuidado apoiado.

As imagens acerca dos domínios do TDF e pilares do autocuidado apoiado (Figura de 1 a 4) foram confeccionadas a partir de ferramentas contidas em Microsoft Word. Foram organizadas em sua estruturação conforme a frequência de aparição nos resultados obtidos, a partir da análise, interpretação e reflexão dos trechos transcritos a partir das falas dos pesquisados.

Quadro 2 - Categorias temáticas, núcleos dos sentidos, domínios do TDF e pilares do Autocuidado Apoiado.

Categorias	Núcleos dos sentidos	Domínios do TDF	Pilares do Autocuidado Apoiado

O conceito do autocuidado apoiado e seus elementos	Conceito de autocuidado apoiado	D1 – Conhecimento D2 – Capacidades D3 – Identidade e papel profissional/social D4 – Crenças sobre capacidades D12 – Influências sociais	Avaliação; Aconselhamento.
	Elementos do autocuidado apoiado	D1 – Conhecimento D3 – Identidade e papel profissional/social D4 – Crenças sobre capacidades D7 – Reforço D8 – Intenções D9 - Metas D11 – Contexto e recursos ambientais D12 – Influências sociais D14 – Regulação comportamental	Avaliação; Aconselhamento; Acompanhamento.
	A equipe multiprofissional e o cuidado	D1 – Conhecimento D3 – Identidade e papel profissional/social D4 – Crenças sobre capacidades D6 – Crenças sobre consequências D8 – Intenções D11 – Contexto e recursos ambientais	Avaliação; Aconselhamento; Assistência.
	Aceitação da doença pelo indivíduo	D11 – Contexto e recursos ambientais	Avaliação.
	Condições socioeconômicas dos usuários	D11 – Contexto e recursos ambientais D12 – Influências sociais	Avaliação; Aconselhamento; Acordo.
	A equipe multiprofissional e o cuidado	D2 – Capacidades D3 – Identidade e papel profissional/social	Avaliação; Aconselhamento.

Fatores que interferem no autocuidado apoiado		D7 – Reforço D8 – Intenções D12 – Influências sociais D13 – Emoção D14 – Regulação comportamental	
	Infraestrutura de prestação de serviço	D2 – Capacidades D3 – Identidade e papel profissional/social D4 – Crenças sobre capacidades D8 – Intenções D11 – Contexto e recursos ambientais D12 – Influências sociais	Aconselhamento; Assistência.
	Descrença na mudança	D4 – Crenças sobre capacidades D6 – Crenças sobre consequências D13 – Emoção D14 – Regulação comportamental	Avaliação; Aconselhamento.

Fonte: os autores, 2023.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido de acordo com as normas do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFMS, resolução nº466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Este estudo é parte de um projeto matriz intitulado “Autocuidado apoiado no manejo do *Diabetes mellitus* na Atenção Primária: intervenção e avaliação”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob parecer consubstanciado nº 4.321.389.

Os participantes incluídos foram esclarecidos sobre objetivos do estudo e metodologia escolhida, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE B). Os participantes foram identificados por códigos, formados pela letra P (participante), seguida do número referente ao local que ocupava no círculo do GF, em ordem

horária, tendo o moderador como referência (P1, P2, ...); a unidade de saúde pertencente (USF-A ou USF-B) e o grupo focal participante (GF1, GF2 GF3 ou GF4 – em ordem temporal de reunião). Os participantes foram identificados na transcrição dos resultados conforme cruzamento de dados entre a fala gravada e a síntese dessa fala proferida pelo participante, registrada pelo relator.

5 RESULTADOS

Ao todo, participaram do estudo 37 profissionais, sendo 24 agentes comunitários de saúde (64,86%), seis técnicos de enfermagem (16,24%), dois administrativos (5,4%), três enfermeiros (8,1%) e dois dentistas (5,4%). Dentre os participantes, 78,37% eram do sexo feminino e 21,62% do sexo masculino, com idade média de 37 anos. Em relação ao estado civil, 59,45% (22) eram casados, 32,43% (12) solteiros e 8,1% (3) outros.

Quanto a formação, 43,24% (16) referiram possuir ensino médio completo, 27,02% (10) ensino superior, 18,91% pós-graduação (7) e 10,81% (4) não informaram. Em relação ao tempo de serviço na Unidade pesquisada, 0 a 2 anos representaram 29,72% (11), 02 a 04 anos 32,43% (12), 06 a 10 21,62% (8), mais de 10 anos 5,4% (2) e não informados 10,81% (4).

A renda familiar média de 89,18% dos pesquisados foi de 3.983 mil reais (10,81% não responderam a esse campo). Dentre estes, 37,83% (14) possuíam 01 dependente, 21,62% (8) 02 dependentes e 03 ou mais representam 43,22% (16) dos pesquisados, sendo que 10,81% (04) não preencheram este campo.

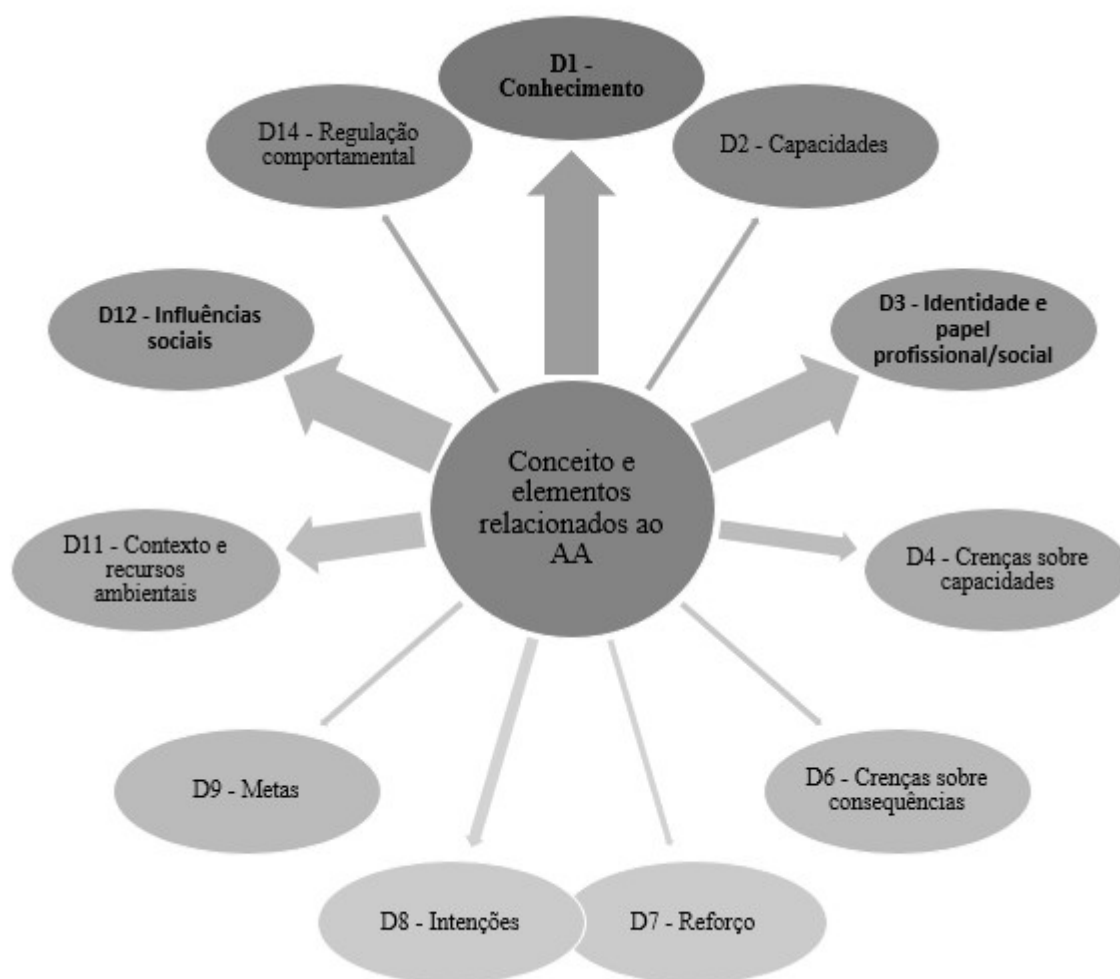
A análise dos dados provenientes dos GF indicou tanto o conhecimento e definição dos profissionais participantes em relação ao autocuidado apoiado para indivíduos com DM tipo II, assim como elementos que podem interferir na compreensão profissional sobre essa tecnologia e na sua aplicabilidade na prática profissional.

Nesse sentido, foram identificadas duas categorias: O conceito do autocuidado apoiado e seus elementos; Fatores que interferem no autocuidado apoiado.

5.1 O CONCEITO DE AUTOCUIDADO E SEUS ELEMENTOS

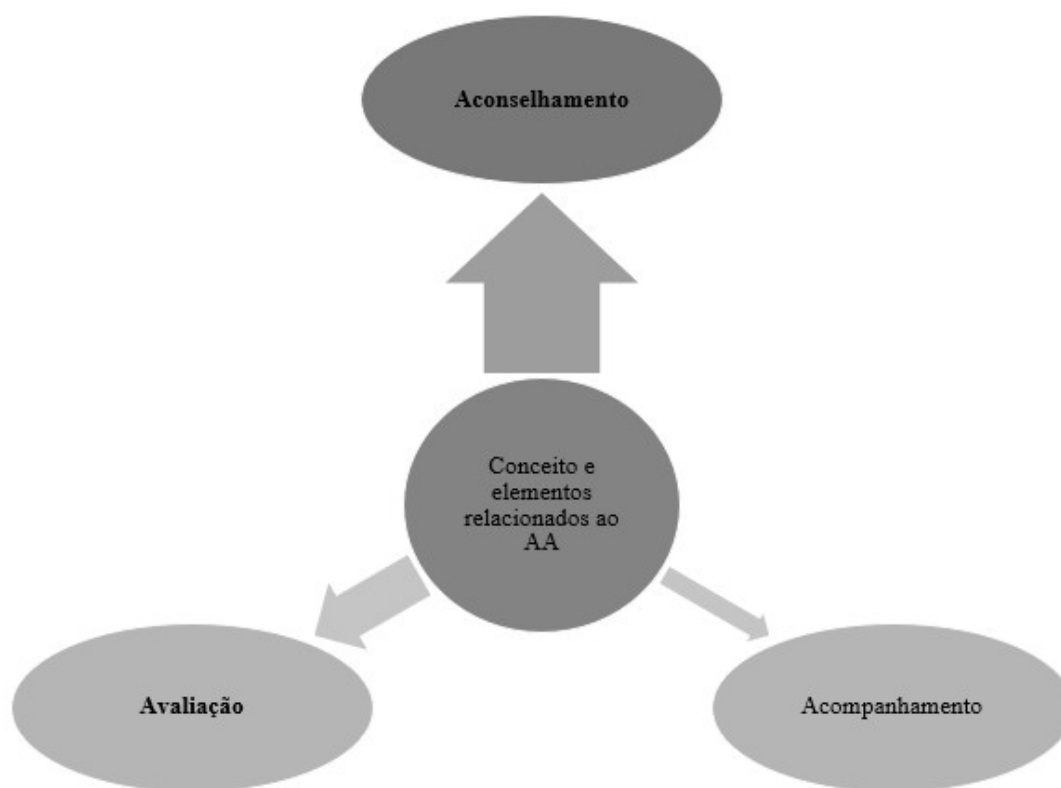
Essa categoria descreve sobre o conhecimento e compreensão do conceito de autocuidado apoiado e os elementos constituintes, na perspectiva dos profissionais participantes.

Figura 1 Domínios do TDF relacionados aos principais resultados da categoria "O conceito de autocuidado e seus elementos"



Fonte: os autores, 2023.

Figura 2: Pilares do autocuidado apoiado relacionados aos principais resultados da categoria "O conceito de autocuidado e seus elementos"



Fonte: os autores, 2023.

As ilustrações acima (Figura 1 e 2) demonstram uma relação observada entre os domínios do TDF e pilares do autocuidado, respectivamente, identificados nos resultados em relação ao conceito e elementos do autocuidado apoiado. Não foram observados os domínios D5 (Otimismo), D10 (Processos de Memória, Atenção e Decisão) e D13 (Emoção). Observa-se que houve uma relação maior de associação (conforme relação por espessura da seta) com três principais domínios: D1 (Conhecimento), D3 (Identidade e papel profissional/social) e D12 (Influências sociais) e versou sobrou sobre 3 dos 5 pilares do autocuidado apoiado: Avaliação, Aconselhamento e Acordo (Figura 2). Todos os pilares não foram avaliados de maneira sistematizada e fizeram menções pontuais e correlativas a fases da metodologia proposta. Houve destaque ao pilar de Aconselhamento (principal relação, conforme espessura da seta), cujos ensinamentos em saúde mostrou-se presente na prática do autogerenciamento de condições crônicas.

Ao serem questionados sobre o conhecimento da tecnologia autocuidado apoiado, identificou-se o não entendimento deste conceito enquanto uma tecnologia de saúde. Os conceitos apresentados foram baseados nos cuidados já ofertados aos indivíduos pelos profissionais e serviços de saúde ou associado ao trabalho em equipe. Dessa forma, o autocuidado apoiado seria o cuidado integrado ofertado aos usuários por toda a equipe de saúde. Nesse sentido, de acordo com o TDF, relaciona-se com os domínios D1 (Conhecimento) e D2 (Capacidades), por se ter a consciência de existência do cuidado compartilhado, tendo a Unidade como suporte, bem como a habilidade adquirida através da prática multiprofissional. Condiz também com os pilares de Avaliação e Aconselhamento da metodologia do autocuidado apoiado, no que tange os profissionais envolvidos.

“A gente precisa de todo mundo. Todo mundo que está aqui, as meninas da limpeza, da odontologia. Um apoia o outro, porque você tem que encaminhar para uma avaliação odontológica. Então, só mudou o nome... a tecnologia, é isso? [...]Mas se a pergunta fosse o cuidado apoiado, mas a pergunta que deixa a gente meio assim... Eu estava achado que era algum sistema, alguma coisa nova.” (P10/ USF-A/GF1)

“Alguma coisa a mais. Mas não! É algo que já fazemos.” (P6/ USF-A/GF1)

“Porque aqui ninguém trabalha só, todo muito é apoiado, igual elas vêm chegam, pede ajuda, mandam WhatsApp, os meninos da recepção, porque elas são o nosso apoio também. Porque tudo que pedem eles estão ali, eles fazem, eles agendam, eles explicam, as farmácias, as técnicas... Então é um cuidado apoiado integral. A Unidade não está só com a gente, só com o enfermeiro, só com o médico.” (P1/ USF-A/GF1)

Além disso, foi indicado, também como conceito de autocuidado, aquele atrelado ao entendimento e conscientização do indivíduo acerca da sua condição de saúde e de seu tratamento. Assim como os cuidados realizados por ele e sua família, e a busca pelos serviços de saúde para a assistência de suas demandas em saúde. Esse resultado perpassa pelos domínios D1 (Conhecimento), D3 (Identidade e papel profissional/social, D4 (Crenças sobre capacidade) e D12 (Influências sociais). A identidade do papel profissional nesse caso é posta em destaque pela expressão de qualidades pessoais de um indivíduo no ambiente profissional, o que faz paralelo direto com o pilar de Aconselhamento do autocuidado apoiado. As crenças sobre capacidades referem-se ao (auto)entendimento profissional e inserção acerca de ajuda especializada. Por sua vez, as influências sociais remontam processos interpessoais que fazem com que os indivíduos mudem seus pensamentos, o que se pode atrelar ao pilar do autocuidado de Aconselhamento, por traçar ensinamentos vindos de uma autoridade profissional em saúde, mas ainda não tangível no ambiente individualizado a ponto de ser concretizar um Acordo.

“(...) a conscientização (do paciente) e a sensibilização são importantíssimas à informação sobre autocuidado. Saber da doença, o que pode ocorrer, ou não, usando os tipos de medicações.” (P3/USF-B/GF3)

“Isso, a gente está sempre dando a base. Igual o apoio deles. Eles vêm aqui, igual o que ela fez, foi um autocuidado apoiado. Ela foi lá, observou a dificuldade, veio aqui na unidade. No momento, provavelmente, eu estava em alguma coisa, não pude ajudar, ela achou outra pessoa que ajudou. Então, esse é o autocuidado apoiado.” (P2/USF-A/GF1)

Além disso, por mais que foi referido que os serviços de saúde e seus profissionais são parte da assistência e suporte a esses indivíduos, os participantes reforçaram que estes são os principais responsáveis pelo seu cuidado e seus hábitos de vida. Os quais podem variar de acordo com o tratamento medicamentoso em uso, o controle com alimentação e a prática de exercícios físicos. Isso se relaciona com os domínios de D3 (Identidade e papel profissional/social) e D9 (Metas). O papel do profissional no que tange ao domínio de Metas refere-se as representações mentais de resultados em que o indivíduo deseja alcançar. Em tese, relaciona-se com os resultados desejados, o que perpassa os pilares de Acompanhamento e Assistência, mas sem necessariamente a execução completa das etapas anteriores.

“(...) a conscientização do paciente que ele tem uma doença crônica e que ele precisa ter esse autocuidado. O que a gente oferece é um segundo suporte, mas vai depender dele no dia a dia, na rotina dele, se atentar na alimentação, medicação. Pois tem aqueles que usam insulina e alguns só medicamento oral mesmo. E tem a questão do autocuidado com a alimentação, com exercícios físicos, a alguns que tem pé diabético e conseguir sair desse quadro com exercícios físicos e (re)educação alimentar. É esse conjunto da unidade trazendo a conscientização dele desse autocuidado dele. É, aqui, a gente vai dar o suporte ou pelo menos tentar dar o suporte que ele precisa.” (P2/USF-B/GF3)

Em relação aos cuidados relacionados aos profissionais e serviços de saúde, os participantes indicaram orientações em relação à hábitos alimentares e de vida, e a verificação de administração de medicamentos como práticas relacionadas ao autocuidado. Entretanto, reforçam que o cuidado ofertado não se limita à dosagem de glicemia ou manutenção da terapêutica medicamentosa. Refere-se principalmente ao domínio D14 (Regulação comportamental). A regulação nesse caso perpassa o pilar de Aconselhamento do autocuidado, uma vez que ambos se relacionam com o ensinamento por parte dos profissionais quanto aos benefícios e riscos que envolvem a condição crônica.

“A gente orienta alimentação, atividade física, a gente verifica se está tomando medicação corretamente, se está preservando a insulina corretamente esses tipos de coisa. É basicamente isso.” (P3/USF-A/GF1)

Um que você conscientiza já é menos um que vai estar nesse grupo de pessoas que não se atentam para essa importância do autocuidado da rotina, porque não é só vir e verificar a glicemia, tem que ter a consulta de rotina sim.” (P6/USF-B/GF3)

Essa conscientização e orientação deve ser subsidiada não apenas pelas questões clínicas da DM tipo II, mas também por questões psicossociais do indivíduo que influenciam no seu entendimento e compreensão sobre suas necessidades em saúde. Por sua vez, a estruturação e adequação de condutas devem ser embasadas na realidade do usuário atendido. Isso é permeado através dos domínios D12 (Influências sociais). As influências sociais de processos interpessoais que podem fazer com que os indivíduos mudem comportamentos relacionam-se com o pilar de Aconselhamento (por entendimento da condição) e Avaliação (pelo entendimento dos comportamentos individuais).

“Temos que ter a percepção antes de passar as orientações, as sugestões e poder ir além do que cabe a nós. No caso dos pacientes diabéticos, temos que sensibilizar ele ou ela a questão da doença: se eles conhecem a doença, se eles sabem o que é isso, e como é a saúde mental dessa pessoa, como está o emocional dela. A pessoa que sabe que tem diabetes começa a ficar ainda mais doente ainda e fica dependente a medicação. A nossa função como profissional da saúde é saber se ela entende, se ela consegue compreender a situação dela. A pessoa que não sabe a real situação dela, ou o que vai acontecer com ela, ou o que poderia ocorrer se ela não fizer o tratamento adequado. Ela fica dependente de medicação, achando que somente aquilo serve. Ele aceita mais a doença e esse diagnóstico de diabetes.” (P8/USF-B/GF3)

“Nós, como técnicos de enfermagem, chegamos na triagem e pedem esse auxílio. Chegam com dúvidas: ‘olha só tenho arroz com feijão para comer. O que eu irei comer? Está muito caro verdura.’ Aí você tenta dar aquela orientação dentro do possível. Eles vêm perdidos. Não sabem mexer nos aparelhos. Não sabem a quantidade de insulina que tem que aspirar para administrar. A maioria mora sozinho, não tem a instrução tão fácil de pegar as coisas rápido. Tem muitos que não sabem nem lê e escrever.” (P6/USF-B/GF3)

A orientação de informações foi indicada como uma prática dos profissionais. Cita-se, como exemplo, a carência de informação de pacientes na correlação entre saúde bucal e glicemia no diabetes. Relaciona-se principalmente com o domínio D1 (Conhecimento). O conhecimento teórico dos profissionais é transmitido através do pilar de Aconselhamento do autocuidado.

“Eu acredito que, como profissionais da saúde, cabe a nós o papel de orientação. O importante é isso, passar as informações que eles precisam para não chega ao ponto de eles falarem ‘ah, eu não sabia que era dessa forma’. Na parte da odontologia voltada para diabetes, o que acontece é que muitos pacientes não têm consciência que se tiver alguma inflamação bucal eles têm mais propensão a ter isso [...] vai interferir na glicemia. Então, muitas vezes, o paciente que está controlando a alimentação que está fazendo alimentação adequada, mas ele não está tendo aquele cuidado bucal. Pode estar tendo a glicemia alterada. Então, isso é uma coisa a se orientar, que muitas vezes o paciente chega para mim e fala ‘eu não sabia’ [...]. Uma coisa está relacionada a outra.” (P7/USF-B/GF3)

A observação de lesões nos pés também foi referida pelos participantes como prática de cuidado. Isso é estruturado principalmente pelo domínio D7 (Reforço). Esse, por sua vez, relaciona-se com a resposta de estabelecimento de uma relação de contingência entre o estímulo de observação e autogerenciamento em saúde com a resposta de melhores dados em saúde e autocuidado, o que perpassa o pilar de Aconselhamento e o pilar de Assistência na ajuda profissional de identificar barreiras pertinentes.

“Eu tenho um cuidado muito grande com lesões. Então estou sempre assim ‘deixa eu ver seus pés, seus dedos, se está descamando, se está com rachaduras’.” (P2/ USF-A/GF1)

Nesse sentido, a visita domiciliar, as consultas de enfermagem e médica foram descritas como espaços para orientação e conscientização deste indivíduo que convive com o diabetes. Isso se reflete nos domínios D1 (Conhecimento), D3 (identidade e papel profissional/social), D6 (Crenças sobre consequências) e D8 (Intenções). A aceitação de validades dos resultados de um comportamento e as intenções na decisão consciente e determinação comportamental quanto às orientações de profissionais em saúde condizem com o pilar de Aconselhamento e Assistência do autocuidado apoiado.

“O médico tem que avaliar se vai continuar com aquela dosagem, se vai aumentar, se vai diminuir [...]. E eu acho que tem que ter esse trabalho de ‘formiguinha’ na casa quando a gente faz a visita. Aqui na unidade de saúde na consulta médica ou na consulta de enfermagem.” (P6/USF-B/GF3)

Contudo, eles referiram que há fragilidade no uso desses espaços, pelos próprios usuários, como parte da corresponsabilização dos profissionais no processo de orientação e entendimento da doença pelo usuário. Refere-se principalmente ao domínio D11 (Contexto e recursos ambientais) e domínio D4 (Crença nas capacidades). O contexto social no desenvolvimento de capacidades e comportamentos adaptativos, bem como a validade de uma habilidade construtiva condizem com os pilares do autocuidado de Avaliação por compreender as lacunas de conhecimento do usuário, como Aconselhamento, por se relacionar e focar em lacunas encontradas, tanto a conhecimento, crenças e valores relativos ao indivíduo.

“A maioria desses pacientes que a colega está falando são idosos e eles não tiram a dúvida com o médico que eles chegam para fazer a consulta. O médico fala assim ‘olha sua glicemia está alta’. Ele não está entendendo. ‘O que é glicemia?’ Eles não fazem essa pergunta e saem de lá e simplesmente pegam a receita, passam na farmácia, pegam o remédio começam a tomar e pronto. ‘Sou diabético’. É assim. Ele não tirou

a dúvida dele ‘mas eu sou o que? O que eu preciso fazer a partir de agora?’. Se não for um médico que explica certinho, eles saem sem saber.” (P3/USF-B/GF3)

Atividades de educação da equipe são referidas como um elemento que contribui com o cuidado ofertado. Relaciona-se com o domínio D3 (Identidade e papel profissional/social), bem como ao D1 (Conhecimento) acerca da patologia pelos indivíduos. O entendimento social e profissional na educação do autogerenciamento relaciona-se com os pilares de Avaliação e Aconselhamento do autocuidado, uma vez que o próprio entendimento técnico e teórico associa com o entendimento de crenças e conhecimentos individualizados.

“O bom é a gente está sempre reciclando o grupo e a equipe com coisas novas, informações novas. Não deixamos parados os pacientes. O que mais tem na unidade são esses aí. [...] Então é bom isso, que agora está fazendo até mesmo a questão da visita. Está voltando agora. Não tinha antes aquela questão de sentar-se, de conversar, esclarecer” (P9/USF-B/GF3)

Nesse aspecto, os participantes levantaram a discussão acerca que o conhecimento prático ser, para muitos, maior que o teórico. Isso pode ser atrelado ao domínio D4 (Crenças sobre capacidades) e D1 (Conhecimento) acerca da teoria patológica pelos profissionais. Isso se relaciona com a Avaliação e com o Aconselhamento em saúde na validade de uma habilidade a ser construída de forma construtiva.

“Quanto ao nosso conhecimento teórico quanto a doença, a gente tem o conhecimento da vivência, mais do que o teórico.” (P1/USF-A/GF1)

“Porque se for parar, a gente não para. ‘Ah, vamos fazer uma semana de curso sobre a diabetes’. Mas a gente vai convivendo e vai aprendendo o dia a dia de como funciona, como é. Acho que é mais por aí. Acho que para todo mundo.” (P9/USF-A/GF1)

O ACS é indicado como o profissional que consegue acompanhar o usuário de maneira mais próxima, nas questões relacionadas ao seu tratamento. Relaciona-se com o domínio D3 (Identidade e papel profissional/social). O papel profissional do ACS relaciona-se com o pilar de Aconselhamento no entendimento de sua atuação domiciliar e de Avaliação, por ter contato direto com as vulnerabilidades sociais e especificidades dos indivíduos.

“Fico atenta com eles, o tempo que eles fazem os exames, porque eles vêm fazer o exame e dá alterado. O médico passa a medicação para tomar em um certo tempo, para depois eles retornarem. Eu fico bem atenta de quando eles fizeram o exame. Porque senão, não aparecem nunca mais.” (P7/USF-A/GF1)

“Vai fazer 14 anos que estou nessa área aqui. Então eu conheço o perfil, tenho 17 diabéticos. Eu sei o perfil de cada um, o que faz certinho, o que não toma medicação.

Então, isso a gente conhece sabe, sabemos qual toma o remédio certinho na data certa, qual é o mais rebelde, os que exagera na alimentação a gente sabe.” (P6/ USF-A/GF1)

Em relação à família, os participantes referem que muitos familiares não têm conhecimento sobre a condição de saúde do seu familiar, assim como de seu tratamento. Isso é relacionado ao domínio D12 (Influências sociais). As influências e processos interpessoais de comportamentos familiares possuem relação direta com a adesão dos indivíduos, bem como se relaciona com o pilar de Avaliação por parte do profissional de saúde, na identificação de processos individuais envolvidos no círculo social.

“Teve um período que eu fiz uma pesquisa na minha área em que eu perguntava para os adolescentes e adultos que moravam numa casa e perguntava ‘você sabe qual a medicação que o seu pai toma? Qual o horário?’ [...] A resposta era ‘sei lá, meu pai é hipocondríaco.’ Pegávamos a receita para entender o que ele tomava ‘pois no momento que ele passar mal vai ser você que vai socorrer’. Eu acho que isso é uma forma de jogar a responsabilidade também para o núcleo familiar. A pessoa tem diabetes, tem hipertensão, toma um monte de medicação. E os filhos não sabem o que a pessoa toma, não sabe o horário, não tem o comprometimento em fazer festas de família, churrasco e sem entender o que, de fato, o que tem ali.” (P4/ USF-A/GF1)

Ainda acerca dos elementos que circundam o autocuidado apoiado, uma das necessidades de abordagem terapêutica se refere aos hábitos de vida que não são condizentes com o tratamento, tornando-se prejudiciais para a condição de saúde apresentada. Refere-se ao domínio D8 (Intenções), principalmente no que se tange determinações sociais e consciência de comportamento. Isso vai ao encontro dos pilares de Avaliação, no que tange a observação das condições individuais, no Aconselhamento no que se refere a abordagem terapêutica e a instituição de conselho e ensino por profissionais de saúde.

“Eu tenho na minha área um senhor que fumava, bebia e tem diabetes. Minha orientação principal é em cima do vício. Não acho que adianta tomar o remédio, fazer um tratamento e continuar com o vício. Esse é um problema muito grande. Até que um dia encravou uma unha do pé e ele acabou perdendo aquele dedo. Foi quando eu cheguei “dóido” nele. Ele me disse que estava perdendo o equilíbrio para caminhar e eu disse ‘pois é, eu cansei de te falar, de te orientar, que isso poderia acontecer contigo, mas precisou acontecer isso para que iniciasse um tratamento para se livrar do vício’. Chegou, inclusive, a precisar bater o carro e quase morrer.” (P7/ USF-A/GF1)

Ademais, uma das dificuldades apresentadas é a responsabilização individual no manejo da doença, estando a Unidade apenas em forma de apoio. Refere-se aos domínios D11 (Contexto e recursos ambientais) e D4 (Crença sobre capacidades). O contexto social e de recursos ambientais, bem como a crença na validade de uma habilidade comportamental construtiva relacionam-se com os pilares de Avaliação, Aconselhamento e Acordo, uma vez

que a estruturação de vulnerabilidades, o ensino acerca sobre hábitos e a pactuação de metas factíveis perpassam a necessidade de avaliar o meio social com que é inserido.

“O povo que eu atendo é um povo muito vulnerável, que não sabem se cuidar e se apoiam totalmente na unidade de saúde. Para eles, o que vai resolver o problema deles é a unidade de saúde. Essa é a minha dificuldade, de fazê-los entenderem que eles têm responsabilidade na saúde deles e envolver a família nisso.” (P7/ USF-A/GF1)

Nesse sentido, a transmissão de conhecimento/orientação para o indivíduo que convive com o diabetes deve ser realizada em uma linguagem adequada e passível de compreensão por ele. Infere-se a associação com o domínio D11 (Contexto e recursos ambientais). O contexto social de entendimento da transmissão de conhecimento condiz com a Avaliação do autocuidado apoiado e o Aconselhamento pela forma com que se é ensinado e transmitido conhecimento no autogerenciamento de saúde.

“Acho que estou entendendo o que você quer perguntar. Viu o paciente tal, tenho que falar só isso. Não é que a gente vai falar só isso, a gente vai falar tudo que seja necessário, só que uma forma que seja a linguagem daqueles pacientes. [...] A gente tem que se adaptar ao ambiente que está aquele momento.” (P5/ USF-A/GF1)

“Por exemplo, eu não posso chegar com uma apostila de diabetes e falar aquilo. [...] Porque, assim, cada pessoa tem sua linguagem. A gente aprende aqui, faz os cursos, entende o que é a doença.” (P1/ USF-A/GF1)

Ademais, a comunicação pouco efetiva entre usuários e os profissionais de saúde e entre a própria equipe, assim como não considerar a particularidade de cada indivíduo é um fator limitante na obtenção de um sucesso terapêutico. Relaciona-se com o domínio D12 (Influências sociais) e D3 (Identidade e papel profissional/social). As influências sociais e o papel profissional social devem levar em conta o pilar de Avaliação e Aconselhamento do autocuidado apoiado, por estruturar contextos e transmiti-los de maneira eficaz.

“Acho que a dificuldade maior, o que a gente entende. O nosso trabalho basicamente é promoção e a gente tem que trabalhar dentro da orientação. A maior dificuldade que eu vejo, para com o diabetes, são os pacientes que eles, ainda estão com medicamentos de uso oral. Esses pacientes são os mais difíceis, porque, causa diarreia, causa desconforto, e eles vêm e reclamam, e o médico fala que continuar. Eu tenho dois que por conta própria, eles chegaram na farmácia e falaram ‘olha, eu tomo essa medicação e essa medicação me dá diarreia e eu já falei para o médico e ele não me falou nada’. Ai que que o farmacêutico falou assim, falou assim ‘então você pode tomar o bifásico’. E ela veio aqui conversou aqui, falou ‘olha, eu estou tomando essa medicação’ que é basicamente a mesma só que a bifásica ela tem uma dispensação diferente de medicação. E o médico falou ‘eu não posso te passar esse.’ Ai ela falou: eu vou tomar uma medicação que me causa diarreia sendo que se o senhor não me passar essa medicação, eu posso pegar na farmácia popular. Então ela parou. Sendo que essa semana mesmo eu passei lá. E perguntei e aí a senhora está tomando a medicação. Ela disse ‘Parei! Parei porque eu tinha diarreia noite e dia, dia e noite e aí eu parei com minha medicação’.” (P4/ USF-A/GF1)

“Por exemplo, tem uns que você consegue ser mais bruto. Tem uns que você consegue brincar. Igual tem um que eu falei ‘você gosta do seu pé? Se você gosta, você está indo pelo lado errado. Você vai ficar sem pé!’. Aí ele se cuidou, aí ele veio. Então cada um, porque assim é muito complicado você trabalhar. Que nem a gente trabalha aqui, a gente tem gente aqui, que tem área que tem gente com convenio médico, INSS, a gente tem gente que é muito pobre, a gente tem gente que é mais ou menos. Então, em cada um você fala uma linguagem, não existe um padrão para atendimento. Pelo menos o agente não tem padrão. Porque não adianta.” (P9/ USF-A/GF1)

Estratégias de campanhas informativas por parte dos serviços de saúde e da mídia foram referidas como importantes, o que se associa com os domínios D8 (Intenções), D11 (Contexto e recursos ambientais) e D12 (Influências sociais). Tais campanhas se relacionam diretamente com o pilar de Aconselhamento do autocuidado apoiado.

“O que a mídia fala diabetes? Não falam muito. As pessoas não querem receber a gente. O que falam sobre pressão alta? Não é como se fala de um setembro amarelo ou de um novembro azul. Não tem essa visibilidade. Tem que existir um processo contínuo. [...] é uma doença crônica, o povo morre com isso, mas não é dita por ninguém. Não tem campanha a meu favor, porque quando se tem campanha é muito mais fácil chegar nas pessoas. Não fica como se fosse eu chegar lá, da minha cabeça.” (P3/ USF-A/GF1).

“A partir do momento que tem uma campanha, essa pessoa que tem menos instrução tem a consciência de que isso é um problema geral.” (P8/ USF-A/GF1).

“Se você chega na casa de alguém depois que passou algo na TV Morena, depois do meio-dia, ele comenta sobre alguma reportagem. Entendeu? Então, a gente não tem respaldo de contexto geral. Não só pensando no micro, mas no contexto geral, se tem muita dificuldade. A gente nunca vai conseguir chegar em 100% deles e nunca vamos fazer com que 100% deles se tratem. Porque não é só a gente falar, porque a gente cansa de falar, mas tem que ser também um negócio maior.” (P6/ USF-A/GF1).

A não divulgação de incentivos aos bons hábitos alimentares pela mídia e a oferta de alimentos pela indústria alimentícia nas diferentes mídias, foi referida pelos participantes como um elemento que dificulta o autocuidado. Por sua vez, também se relaciona com os domínios D8 (Intenções), D11 (Contexto e recursos ambientais) e D12 (Influências sociais). Nesse sentido, o Aconselhamento pode ser relacionado como um apoio obtido além das estruturas da APS, mas complementado com o acesso midiático.

“A questão da mídia é o cuidado do diabético, do hipertenso voltado 90% pra alimentação e temos uma outra problemática. A indústria alimentícia e a indústria de bebidas são muito fortes. Se o governo for fazer uma campanha séria em cima do diabetes, em cima do hipertenso, eles vão pisar nesse calcanhar.” (P6/ USF-A/GF1).

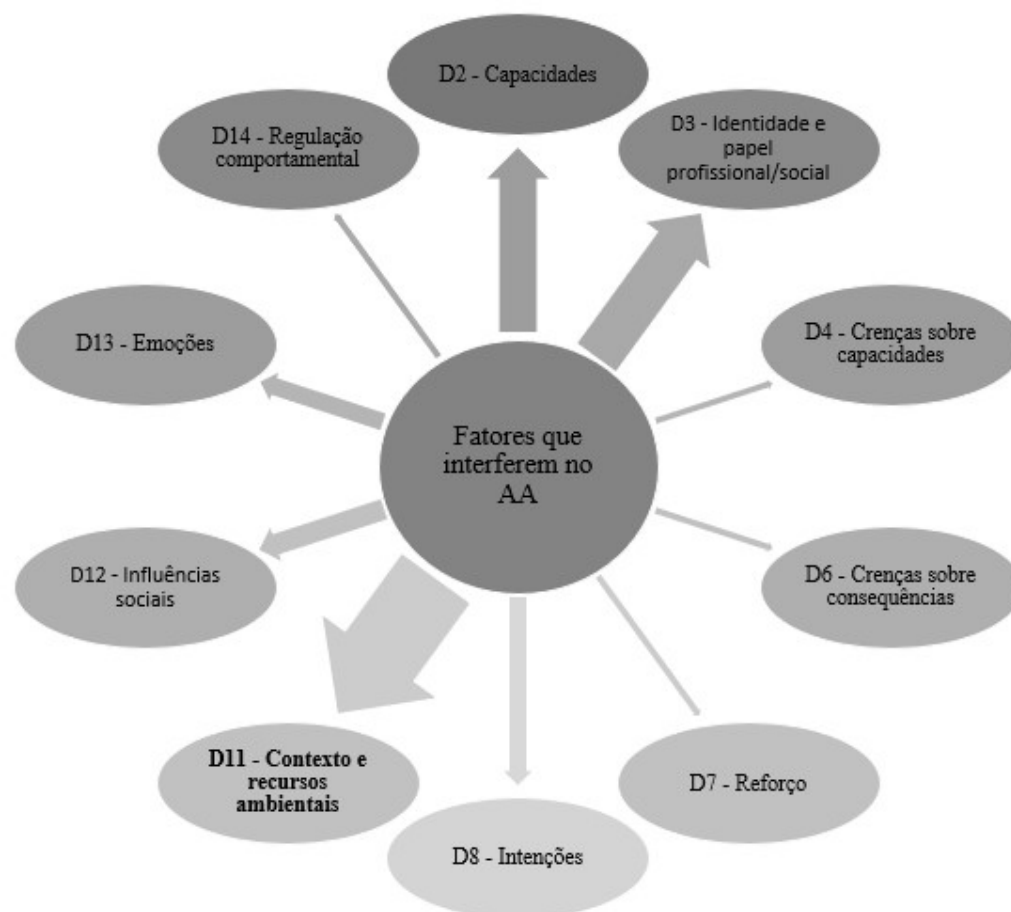
“Mas como que vai lutar contra isso se o que eles têm de entretenimento é a televisão e as redes sociais? No YouTube, a cada 5 minutos, entra uma pinga diferente. A cada 5 minutos entra um salgadinho diferente, um suquinho bonito diferente.” (P4/ USF-A/GF1).

5.2 FATORES QUE INTERFEREM NO AUTOCUIDADO APOIADO

Nessa categoria, alguns fatores indicados podem contribuir tanto no conhecimento, como na aplicabilidade dessa tecnologia no cuidado aos indivíduos com DM tipo II. Nesse contexto, versou sobre fatores de efetividade, aplicabilidade, inserção social e estruturação que circundam a aplicabilidade do autocuidado apoiado.

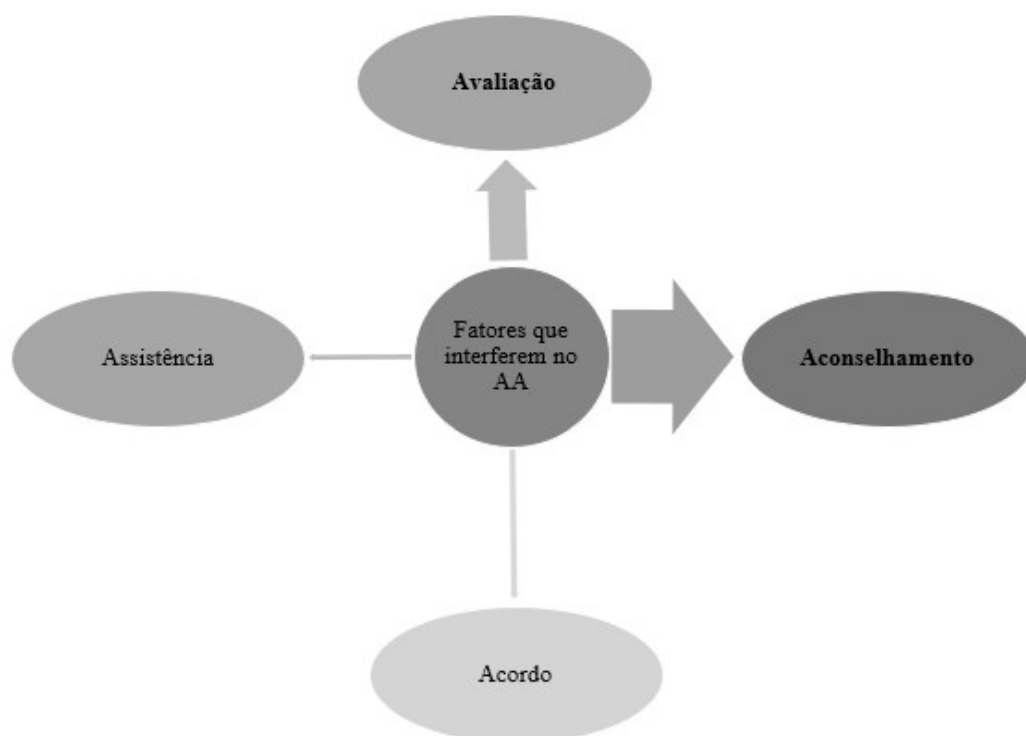
As ilustrações abaixo (Figura 3 e Figura 4) demonstram as principais relações entre os fatores que interferem no autocuidado apoiado, os domínios do TDF e pilares do autocuidado apoiado, respectivamente. Nota-se que houve associação principalmente com o domínio D11 (Contexto e recursos ambientais), no que tange principalmente contexto social, econômico e de recursos no desenvolvimento de capacidades, competências sociais e comportamentos adaptativos, sendo que essa associação pode ser observada em relação a frequência de aparecimento (conforme espessura da seta). Não foi observada relação com D1 (Conhecimento), D5 (Otimismo), D9 (Metas) e D10 (Processos de Memória, Atenção e Decisão). Quanto aos pilares do autocuidado apoiado, fez-se presente a Avaliação, o Aconselhamento, o Acordo e a Assistência, sendo que o Aconselhamento foi o mais pontuado pelos pesquisados (seta mais grossa).

Figura 3: Domínios do TDF relacionados aos principais resultados da categoria **"Fatores que interferem no autocuidado apoiado"**.



Fonte: os autores, 2023.

Figura 4: Pilares do autocuidado apoiado relacionados aos principais resultados da categoria **"Fatores que interferem no autocuidado apoiado"**.



Fonte: os autores, 2023.

A compreensão por parte dos usuários do cuidado em saúde centrado na figura médica e não na equipe multiprofissional foi relatado como um fator que influencia no cuidado. Ou seja, o profissional médico é diversas vezes instituído como a única forma de propagação do saber em saúde. Refere-se ao domínio D3 (Identidade e papel profissional/social). O papel profissional de entendimento e contemplação multiprofissional perpassa o pilar de Aconselhamento do autocuidado apoiado, uma vez que o pertencimento e olhar multidisciplinar propicia o entendimento, conhecimento e comportamento individual no autogerenciamento de condições crônicas.

“Tem a questão também que a palavra final sempre vai ser do médico as vezes a gente chega e fala e eles falam a mas o médico não me falou isso. “Vocês são só um agente de saúde; é só uma enfermeira que me falou”.” (P9/USF-B/GF3).

“Uma coisa que aconteceu hoje eu até achei engraçado chegou um senhor e falou assim minha esposa ela é diabética e hipertensa ela precisa passar por um cardiologista e ela foi direto ao cardiologista. Ele falou que ela tem que passar com um médico e não com um enfermeiro e que estava agendada para o dia 8 (sexta-feira) e ele queria um agendamento apenas com médico. Ele disse que o cardiologista falou que tem que passar pelo médico e não pelo enfermeiro. Ou seja, então quer dizer é somente o médico que tem informações. Os ACS não têm essas informações. Os enfermeiros

não têm essas informações. Somente o médico pra fala o que certo e o que é errado pro paciente.” (P10/USF-B/GF3).

“Ele simplesmente ouve quando ele quer. Sempre vem com: você vai resolver meu problema? Você vai marcar médico pra mim?” (P2/USF-A/GF1).

Assim, há a falta de compreensão social acerca da multiprofissionalidade no cuidado em saúde pública, bem como o funcionamento de consultas de enfermagem e a resolutividade que outros setores apresentam para diversas situações em saúde, indicado como um dos limitadores da aplicação do autocuidado apoiado. Nesse contexto, associa-se também ao domínio D3 (Identidade e papel profissional/social) e aos pilares de Avaliação e Aconselhamento do autocuidado apoiado.

“Foi isso que eu falei: “a enfermeira também tem essa capacidade de ver e falar para o senhor ou para a esposa do senhor o que está certo ou está errado. Se ela ver que é uma coisa além do que ela pode fazer, ela vai passar a sua esposa para o médico no mesmo dia que ela vir na consulta. A gente trabalha em conjunto. As vezes a agenda do médico está lá para frente, mas temos a enfermeira para dar o apoio.” Ele entendeu que a enfermeira também poderia fazer essa parte de conscientização. Então, assim, muitas vezes falta isso de todos os profissionais saber que cada um tem sua função.” (P2/USF-B/GF3).

Além disso, foi referida a dificuldade dos próprios profissionais em compreender o cuidado multiprofissional, assim como o papel de cada profissional nesse processo. Não obstante, relaciona-se principalmente com o domínio D3 (Identidade e papel profissional/social). A identidade profissional relaciona-se diretamente com o pilar de Aconselhamento em saúde.

“Eu não acho que seja somente culpa do paciente pois, todos os profissionais têm que entender que é uma equipe multiprofissional.. Cada um tem sua função e nenhum profissional é mais, ou menos, importante que o outro. Até porque um só resolveria tudo. Somos aquele trabalho de “formiguinha”. Então assim quando todo mundo tiver essa aceitação e falarmos a mesma língua, isso é direcionado para o paciente e ele vai também tirando aos poucos esse preconceito que ele tem.” (P1/USF-B/GF3).

“Eu acredito que cada profissional tem um nível em que ele pode estar auxiliando esse paciente. Com todas as questões da parte de orientação, como exemplo a nutrição. Ela vem para ajudar esse paciente na parte da alimentação dele, uma alimentação mais saudável, com menos carboidratos, mais proteínas. Já o enfermeiro vem com outras questões. É o momento mais exato em que esse paciente deve fazer a aferição da glicemia. É o melhor momento para a parte da alimentação. A gente passa bastante informação em relação a isso e eu acredito mesmo até nas ações de saúde que ocorrem nas unidades. Então a unidade básica de saúde ela vem para isso, para prevenir e promover a saúde para o paciente.” (P2/USF-B/GF4).

Portanto, os profissionais referem a importância de uma maior integração entre as diversas classes multiprofissionais, estruturados numa dinâmica interna que ligue o agente comunitário de saúde à Unidade de saúde. Relaciona-se com os domínios D8 (Intenção) e D3 (Identidade e papel profissional/social). O Aconselhamento faz relação direta no ensino e transferência de conhecimentos nas diversas classes profissionais.

“É muito bom que os profissionais possam falar: a nutricionista, a odontologia, a enfermagem, a farmácia [...]. Todos passassem essas informações. A gente colhe e leva para o morador. A gente sempre é a ponte e o morador está ligado com a unidade através da gente.” (P8/USF-B/GF3).

O que implica em uma avaliação integral do indivíduo que se inicia na triagem, e tem continuidade com a avaliação e encaminhamento para diversas demandas identificadas (domínio D2 – Capacidades). A Avaliação integral é relacionada nessa etapa de triagem para posteriores Aconselhamento e pactuação de metas.

“Hoje tem a classificação de risco. Então é uma das formas. Eles chegam aqui, eu atendo, classifico o paciente e já encaminho. Eu vejo se é diabético, se é hipertenso. Então já pergunto quando ele entra, pega a fichinha e chega aqui. Ele entra e eu avalio o pé. Muitas vezes, aqui mesmo na classificação, já olho e encaminho um paciente para as meninas fazerem curativos, porque estava com os dedos bem comprometidos. Então o paciente não chega na unidade querendo uma coisa e vê só aquilo! Ele é visto como um todo. Sempre...” (P8/ USF-A/GF1).

Outra questão relativa à multiprofissionalidade no autocuidado associa-se ao papel do ACS como elo entre a Unidade de Saúde e o indivíduo que convive com diabetes. Assim como um suporte institucional familiar no entendimento de condições patológicas. Relaciona-se principalmente com o domínio D14 (Regulação comportamental) e o domínio D3 (Identidade e papel profissional/social). Isso também se relaciona diretamente com o Aconselhamento e a transferência de conhecimento possíveis a cada classe profissional.

“Então todo mundo já tem esse olhar. Por que é um tema muito falado. Então assim, as meninas [ACS] já vão para a visita e a maioria chega aqui e fala “fulana, eu preciso de exame”. Eu faço [o pedido], elas levam e entregam na mão do paciente agendado já.” (P4/ USF-A/GF1).

“O que aconteceu, por exemplo, a filha da moradora fez um exame e a segunda moradora diz que deu uma alteração no diabetes dela. Pergunto: mas ela voltou na unidade? Como que está? Ela me disse: “Não, porque ela trabalha...” Falei: “então você pega o exame dela, vai lá procura a enfermeira e conversa com a enfermeira, porque assim não adianta ela estar com o exame pronto dizendo que está alterado em casa. Então a gente consegue trazer, falar e dar uma olhada. O que você acha? Posso marca um médico? Posso não marcar?” Porque se não aquele exame vai ficar parado e, provavelmente, se ela for diabética, já vai ter problemas por não tratar. Então assim, cada caso tem sua especificidade.” (P2/ USF-A/GF1).

Entretanto, os ACS encontram dificuldades de aceitação da atuação profissional por parte da população. Isso refere-se aos domínios D12 (Influências sociais), D13 (Emoção) e D14 (Regulação comportamental). A Avaliação e o Aconselhamento são estruturais ao entendimento de individualidades e transferência de conhecimento multi e interdisciplinar.

“Tem paciente que não quer ouvir. Ontem, por exemplo, teve um que não queria que cadastrasse a casa e colocasse ele como diabético. O que acontece é que muitas vezes a população maltrata a gente mesmo.”(P7/ USF-A/GF1).

“Eles maltratam e a gente tenta, orienta, enquanto eles não dão ouvidos. Desfaz da gente. Quando precisam do Cartão Família, chegam na recepção e ficam um “doce”, falando que ficaram em casa e ninguém passou lá. Então tem essa barreira do paciente só querer ouvir o que ele quer quando ele quer!” (P6 USF-A/GF1).

A dificuldade de entendimento e aceitação da condição de saúde pelo próprio indivíduo, também foi referido como um fator restritivo ao autocuidado apoiado (domínio D11 – Contexto e recursos ambientais). Nesse sentido, o pilar de Avaliação do autocuidado condiz com a análise de contextos sociais diversos.

“É isso mesmo a gente vai falar com o morador. O morador apresenta uma certa resistência de vir e de aceitar que é diabético. O mesmo com a hipertensão. Também tem muitas pessoas que são hipertensas e não tomam remédio.” (P5/USF-B/GF3).

“Eu já tive caso de moradores que são idosos que eles não entendem o que é diabetes. Só veem que a glicemia estava alta e que o médico passou a medicação. Alguns não se atentam, não seguem a prescrição médica da forma certa e os horários eles tomam de qualquer forma. É a mesma coisa que ir na academia e fazer os exercícios de qualquer forma. Você vai causar um segundo dano. A gente tem muito disso não só os diabéticos, mas com os hipertensos e as pessoas que tem algum transtorno que sofrem de transtornos mentais. Eles não aceitam e tem preconceito. Para eles, assim, não tem essa conscientização por mais que se fale.” (P6/USF-B/GF3).

“Tem os pacientes teimosos também, você fala...fala... e ele não liga...” (P3 USF-A/GF2).

“Tem uns que a gente chama para vir na avaliação eles não vem. Eles não veem a gravidade.” (P6/ USF-A/GF2).

“Eu tive um paciente que sempre se negligenciou. A gente chamava para vir nas reuniões e ele sempre falava: “ah não vou, não dá”. Sempre tem uma desculpa. E nessa ele teve um machucado nos pés. Ele jogava bola e isso foi piorando. Teve que chegar na amputação e ele veio a óbito. Ano passado ele veio a óbito. Eu não era mais ACS dele. Então, assim, você vê o interesse do paciente também. As exceções dos pacientes, geralmente são sozinhos e até mesmo analfabetos.” (P5/ USF-A/GF2).

“Tem paciente que esconde da família que tem diabetes ou que tem vergonha de ter a diabetes. Teve uma senhora que depois de vir o medicamento que ela tomava, eu a perguntei: mas a senhora é diabética? – Ela me respondeu que: “não, eu sou pré-

diabética”. – “Mas a senhora vem tomando há quanto tempo?” – “tem um ano.” (P6/USF-A/GF1).

Os participantes referiram, que esse fator de entendimento e aceitação da condição também interfere no comportamento do indivíduo se responsabilizar pela sua própria saúde e tratamento. Por sua vez, também se refere ao domínio D11 (Contexto e recursos ambientais). Os contextos sociais de inserção e análise condizem com o pilar de Avaliação do autocuidado apoiado.

“Tem um morador na minha área, que ele é jovem. Tem 30 anos. Ele toma insulina e, sabe de todas as orientações que ele precisa. Todos os cuidados que ele tem que ter com ele, mas ele simplesmente não faz. Eu cheguei lá um dia e eu passei pra ele e falei “olha você tem que tomar insulina, fazer tudo certinho [...] você é jovem, você precisa ter esse cuidado com você. É sua responsabilidade com a sua saúde. Você está com a diabetes alta e é devido você não tomar as medicações que deveria ter tomado”. Aí comecei a conversa com a mãe dele aí ele veio na cozinha assinar a ficha. Ele estava comendo bolacha de mel de manhã cedo. Aí vou falar o que pra aquela pessoa? ele sabe de todas as orientações. Ele sabe o que tem que se fazer, mas ele não quer.” (P7/USF-B/GF4).

Em relação a população idosa, é indicado a dificuldade de compreensão da mesma sobre as orientações referentes às necessidades de cuidado relacionadas à condição de saúde. Relaciona-se com o domínio D11 (Contexto e recursos ambientais). O contexto relaciona os pilares de Avaliação e Aconselhamento, de maneira adaptada ao contexto social proposto.

“É complicado e difícil trabalhar com idoso, tem idosos que recebem muito bem o que a gente está passando. Se conversa ali com ele e pergunta se entendeu, mas tem alguns que são muito difíceis mesmo, mas acho que vem muito da cultura do paciente.” (P3/USF-B/GF4).

Outro fator referido foi a condição socioeconômica dos indivíduos e suas implicações na mudança de hábitos alimentares, aquisição de medicações, sapatos adequados, entre outros. Nesse cenário, refere-se principalmente ao domínio D11 (Contexto e recursos ambientais). Isso também vai ao encontro do pilar de Avaliação e Aconselhamento do autocuidado apoiado para posterior Acordo.

“Tem moradores que a gente sabe que não tem condições. A gente chega na casa deles e eles não tem nem o que comer. Então vou falar o que pra eles? Olha você tem que comer proteína de manhã e não carboidratos. Como vou falar isso pra ele? Ele não sabe nem diferença de carboidratos e proteínas.” (P8/USF-B/GF4).

“(...)porque a gente trabalha com uma população de vulnerabilidade e as vezes fazer uma orientação de alimentação para diabéticos, para eles se tornam bem difícil, porque o básico deles é arroz e feijão. Essa é a base da alimentação. É bem complicado de fazer orientação de alimentação. Então, assim, eu oriento muito quanto às

quantidades. Porque não tem como eles se alimentarem a não ser dessa forma... então assim eu oriento muito quanto a forma e quantidade...” (P2/USF-A/GF1).

“A dificuldade que a gente tem com diabéticos é com sapatos. Você orienta para usar sapato confortável. Só que um sapato mais confortável é caro. Um dia cheguei na visita com um senhor ali e ele estava de chinelo havaianas, diabético, amarrado com um cordão. O chinelo estava fininho... Então, assim, é difícil, porque eles sabem que não é aquele o certo, só que não podem comprar outro. E ele estava cheio de cordão amarrado no pé, porque ele não conseguia andar sem amarrar. Não tinha dinheiro para comprar uma sandália. Vai fazer o que, gente? É difícil, você falar que ele tem que comprar um.” (P1/ USF-A/GF1).

Somado a isso, o fator social educacional foi indicado como limitante no entendimento do indivíduo em sua condição. Isso se relaciona aos domínios D11 (Contexto e recursos ambientais), bem como ao domínio D2 (Capacidades). A relação de Avaliação do contexto social e barreiras à aplicabilidade de metas é a principal relacionada no âmbito do autocuidado apoiado.

“Eu tenho 34 diabéticos, sendo que desses 21 usam insulina. Todos eles, esses 34, eu tenho 2 pacientes de nível médio. Devo ter 6 pacientes que tem ensino fundamental e o restante tudo analfabeto. Eles têm dificuldades inclusive para usar o remédio...” (P5/USF-A/GF1).

Foi indicado, também, pelas profissionais limitações relacionadas à prestação de serviço em saúde, a atuação e assistência. Isso possui ligação com o domínio D11 (Contexto e recursos ambientais), D8 (Intenções) e D12 (Influências sociais) e se relaciona com Aconselhamento e Assistência do autocuidado apoiado.

“Tem uma limitação entre nós e o paciente. A nossa unidade tem essa função de explicar ao paciente o que é necessário realizar. Temos essa preocupação com eles e, teoricamente, temos de tudo para atender e dar assistência a esses pacientes. Porém nós sabemos que, na prática, temos algumas limitações, sim, mas estamos tentando [...]mas existe esse apoio, porém existe limitações que estão acima dos colegas da gente.” (P3/USF-B/GF3).

Ademais, foi referido a necessidade de atualizações teóricas, bem como atualizações acerca de dinâmicas de funcionamento interno de Unidades (domínio D11 – Contexto e recursos ambientais). Isso remete ao pilar de Aconselhamento, por necessidade de transferência de conhecimentos atuais.

“Eu acho que seria muito bom se tivesse esse tipo de reciclagem. Com essa história pandemia muita coisa se perdeu. Eu estou no UPA há 4 anos e vim aprender um dia desse como que é a rotina, como que é para o morador conseguir solicitar o glicosímetro. É muito bom que os profissionais possam falar, a nutricionista, a odontologia, a enfermagem, a farmácia [...]todos passassem essas informações. Aí a gente colhe e leva para o morador. A gente sempre é a ponte e o morador está ligado com a unidade através da gente.” (P8/USF-B/GF3).

A falta de educação continuada na área foi apresentada como um limitante na atribuição prática de orientações aos indivíduos que convivem com o diabetes. Isso se relaciona ao domínio D2 (Capacidades) e D7 (Reforço) e se remete também ao pilar de Aconselhamento do autocuidado apoiado.

“Com relação à alimentação ou ao que a gente vê em relação ao açúcar é o que a gente tem de informações mesmo. (...) a gente não tem informações além disso, pois não é um assunto da minha área, mas eu gostaria de saber. Até porque a gente precisa, ali na recepção, passar algumas informações, marcar algum exame, saber algumas situações que são voltadas para o médico ou enfermeiro e o que gente tem que fazer, mas acaba não sabendo” (P1/USF-A/GF2).

A carência de infraestrutura básica é uma dificuldade de prestação de serviço, tais como falta de insumos de medicamentos e funcionários. Além disso, a falta de recursos para o atendimento adequado é outro limitante. Principalmente relacionado ao domínio D11 (Contexto e recursos ambientais). A carência de recursos condiz com a Avaliação de recursos e comportamentos factíveis, bem como estrutura o pilar de Aconselhamento em saúde.

“Ter um paciente totalmente vulnerável e dependente. Não ter material para trabalhar, não ter funcionário, não ter RH para atender toda essa demanda. E eles não entendem isso. Tem que amparar eles e dar todo o suporte necessário. Não tem metformina. Esses dias acabou a dipirona em gotas. Não tinha losartana. E a unidade mais próxima que tem é chão...” (P10/USF-A/GF1).

“Aqui na unidade estamos com apenas um médico... uma exonerou e a outra também. Como que faz? É triste” (P5/USF-A/GF1).

A culpabilização da Unidade pela carência de recursos materiais e humanos é um dos limitantes de atuação acerca do autocuidado apoiado em indivíduos que convivem com diabetes. Isso se refere aos domínios D4 (Crenças sobre capacidades) e D11 (Contexto e recursos ambientais). A validade de uma habilidade dada de maneira construtiva perpassa o pilar de Aconselhamento, dado de maneira individualizada ao indivíduo.

“Essa parte dos pacientes responsabilizar a gente, é inevitável. Esses dias teve um paciente que veio com uma receita de dois anos atrás e eu perguntei se aquela era a mais recente. Ele disse “é, porque eu venho toda vez e não tem médico e daí eu estou comprando”. Eu não tenho vontade de falar nada, porque parece que não adianta.” (P2/USF-A/GF1).

Por fim, a descrença profissional no potencial fator de mudança e o sentimento de incapacidade/frustração para contribuir com a mudança de hábitos foram relatados. Isso se relaciona principalmente com o domínio D13 (Emoção) e domínio D6 (Crenças sobre

consequências). Isso é intimamente ligado com o pilar de Avaliação e Aconselhamento, por instruções individuais e transferência de conhecimentos específicas e adaptáveis.

“Não adiante falar pra ele: “olha você vai ter que comprar um pão integral, não pode ficar comendo pão francês...” Você chega lá [na casa do indivíduo] e acabou de assar um pão desse tamanho... (risos). Ele vai comer!” (P6/USF-A/GF1).

“Eu tenho uma moradora na minha área. Ela e uma filha. E ela tem até convenio. A filha é professora, fazia as caminhadas, fazia esses grupos de idosos... e, assim, a alimentação era saudável. E mesmo assim ela teve amputação de membro.” (P5/USF-A/GF1).

“Eu tive uma moradora em minha área em que a diabetes dela só ficava em 500. Ela tomava insulina e vinha aqui na unidade pegar os remédios. Tudo certinho. Eu chegava lá [na casa do indivíduo] falava pra ela “você já tomou seu remédio pra diabetes?” e ela “aí não sei”. Perguntava se ela já aplicou a insulina. “Aí eu não lembro se já apliquei”. Aí pergunta cadê sua caixa de remédio e era uma caixa gigante, com remédio para tudo quanto é lado. Podia tomar remédio repetido. Não tem como eu ficar lá todos os dias monitorando ela.” (P2/USF-B/GF4).

“Então assim é uma cultura dela já. Eu falo não pode, que tem que tirar e ela fala “amanhã” ou “eu vou morrer, tem que aproveitar agora”. Ela não quer mudar os hábitos. Ela fazia comida separada, mas não queria mudar a comida dela.” (P2/USF-B/GF4).

“Parece que esse tipo de pessoal só aprende quando ocorre algum agravo. O exemplo clássico foi a minha mãe. Ela era totalmente sedentária, magra, era fumante e após disso e eu sempre conversa com ela: “Mãe é importante cuidar da alimentação”, “diminui esse óleo”, “para de fumar” e ela falava a mesma coisa: “um dia vou morrer”. Até que um dia ela teve um infarto e um AVC.” (P3/USF-B/GF4).

“[...]tem aqueles idosos que não sabem. Eles passaram a vida inteira deles comendo de forma errada. Como que faz para mudar essa alimentação? Tem muitos filhos que já vivem assim, que já são obesos e já estão caminhando para diabetes.” (P4/USF-B/GF4).

6 DISCUSSÃO

6.1 O CONCEITO DE AUTOCUIDADO E SEUS ELEMENTOS

O conceito do autocuidado apoiado versou sobre elementos dos cuidados aos indivíduos, tendo ele como responsável principal os profissionais, e unidades de saúde como suporte. De fato, em seu surgimento pelo *National Cancer Institute*, a tecnologia do autocuidado apoiado objetiva propiciar uma intervenção social capacitadora e empoderadora do indivíduo com doença crônica, de modo a ser ativo no controle da condição de saúde (MENDES, 2012). O conceito vai de acordo com o tratado pelos profissionais durante a discussão, pois relaciona empoderamento do indivíduo semelhante ao que a literatura revela de por esse indivíduo como ator principal no gerenciamento da condição crônica de saúde, principalmente no que se refere ao DM tipo II (MENDES, 2012; ARRUDA et al., 2022).

O apoio no autocuidado também se ancorou nas unidades de saúde como suporte promotor de mudanças de comportamento no gerenciamento de condições crônicas de saúde. Isso condiz com o papel proposto pela literatura sobre o tema, em que o gerenciador do cuidado é o próprio indivíduo, mas pautado num fator capacitador e empoderador com bases nas unidades e profissionais de saúde (MENDES, 2012; MENDES, 2018; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Em relação aos domínios do TDF, teve maior relação com os domínios de Conhecimento, Identidade e papel profissional/social e Influências sociais. A estruturação observada foi tanto quanto o entendimento e conceito teórico-prático do autocuidado apoiado, quanto a aplicabilidade e inserção social dos profissionais de no que se refere a atuação do autocuidado na prática diária.

Pelos resultados, outro ponto elencado é sobre o entendimento do conceito quanto uma avaliação profissional em pontos específicos da patologia, como glicemia capilar, avaliação de pés e orientação quanto a alimentação. Esse suporte contempla apenas partes da metodologia do autocuidado apoiado. Ele não prevê a totalidade metodológica do autocuidado e faz parte de elementos que compõe a tecnologia. (MENDES, 2012).

Os profissionais demonstraram realizar diversos elementos do autocuidado apoiado, mas não de maneira sistematizada. E, não contempla a metodologia dos 5As, que prevê, por exemplo, o pilar de Acordo, cuja pactuação de metas a serem atingidas são tratadas principalmente considerando contextos sociais e individuais. Restringe-se muitas vezes em orientações (Avaliação – no que se refere um modelo de cuidado mais tradicional; e

Aconselhamento – transmissão de informações específicas e riscos), bem como Assistência (na ajuda profissional assistida) (MENDES, 2012; FERNANDES et al, 2017).

Esse modelo de prática atual de manejo de condições crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, e o próprio DM, confere resultados pouco eficazes sobre o controle da doença, principalmente no que se refere a comportamentos saudáveis (MENDES, 2012). Nesse sentido, o autocuidado apoiado, desde a sua etiologia é estruturado numa lógica em que se estabelece um empoderamento do indivíduo perante suas condições clínicas, que inclui acompanhamento periódico, metas e construção de plano de cuidados individualizado (MORAES; BEZERRA, 2022).

Isso é possível num cenário capaz de realizar mudanças em comportamentos de risco, centrado em aconselhamentos individuais, vontades e disponibilidade de recursos (MORAES; BEZERRA, 2022). Nesse quesito, conforme avaliado pelos profissionais participantes desse estudo, as unidades de saúde surgem como suporte para lidar com as individualidades e metas em cuidado.

Os resultados indicaram uma fragilidade no conhecimento do autocuidado apoiado enquanto uma tecnologia de cuidado. Alguns elementos que contemplam e fazem parte da conceituação, tais como orientações em saúde, cuidados com os pés, relação de dificuldade de conscientização individual e fator de mudança social, a inserção da equipe multiprofissional no trabalho e as barreiras na comunicação com o indivíduo em seus diversos contextos sociais foram citados. Porém, não são aplicados de maneira que contemple a sistematização proposta pela tecnologia do AA.

Pode-se associar como um dos fatores associados a essa fragmentação de aplicabilidade do autocuidado apoiado como o visto no estudo de THEIS *et al.* (2021), em que se mostra que apesar do autocuidado apoiado ser bem-visto na implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ele é associado na prática como um modelo prescritivo a ser elaborado pelo profissional de saúde e executado pelo indivíduo. O conhecimento e a sistematização do autocuidado de maneira adequada podem contribuir para resultados mais efetivos e condizentes com o que é preconizado nas diretrizes existentes (THEIS *et al.*, 2022).

Em Moraes *et al.* (2015), em sua revisão integrativa reforça a não utilização do autocuidado apoiado em seus cinco momentos no que versa a aplicação em doença crônica. Em seu trabalho que procurou relacionar as fases da autocuidado apoiado aplicado na prática pelos profissionais em relação à condição crônica por acidente vascular cerebral e notou-se que nenhum profissional se utilizou da metodologia completa da tecnologia. Isso demonstra que a

prática, mesmo quando ancorada em uma relação de especificidade, não se utiliza da totalidade estrutural proposta.

Andrade *et al.* (2015) observou em seu estudo que ações desenvolvidas na assistência da condição de características crônicas, especificamente no manejo da tuberculose, ocorre de maneira descontínua, com pouca integração e articulação profissional. É destacado que isso evidencia um modelo de cuidado fragmentado, voltado a prestação de serviço de foco agudo e que a integralidade buscada na APS visa garantia de adesão e tratamento a longo prazo.

Nesse sentido, a tecnologia do autogerenciamento de condições crônicas, apoiado pelos serviços de saúde, condiz com o cuidado integral em saúde, em que se perpassa mais do que a assiduidade a serviços ofertados e reflete a necessidade estrutural de estabelecimento da equipe multiprofissional, de modo a sustentar e sistematizar a prática do cuidado em sua integralidade (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado é uma abordagem possível de ser realizada a nível de APS, mas exige uma sistematização metodológica visando apoiar o processo de mudança de hábitos (MORAES; BEZERRA, 2022). A sistematização perpassa a metodologia dos cinco momentos, na instituição do acompanhamento periódico, no próprio estabelecimento de metas individualizadas e factíveis e na construção de um plano de cuidados (MENDES, 2012; MORAES; BEZERRA, 2022).

Nesse sentido, no que se configura as orientações relatadas pelos participantes sobre alimentação e atividades físicas são válidas no sentido de propor mudanças de comportamento sedentário, cujos benefícios são sabiamente associados com melhora em aspectos patológicos da DM tipo II. No entanto, quando se compara com a estrutura proposta pelo autocuidado apoiado, orientações genéricas, mesmo que corretas, podem não se adequar à realidade circunscrita desse indivíduo, tangenciando metas reais e factíveis que se ancorem nos cinco momentos da metodologia do autocuidado apoiado. Isso pode se relacionar com a ausência de elementos que ilustrem a compreensão e implementação do pilar de Acordo do autocuidado apoiado pelos profissionais.

A família também apareceu como corresponsável nesse cuidado. A convivência em relação familiar com indivíduos que possuem Diabetes em sua tentativa de alcance no controle glicêmico possui repercussões nas relações familiares e individuais, seja pelo enfrentamento da realidade no gerenciamento de cuidados, quanto em qualidade de vida ao núcleo familiar. (MARTINS; RODRIGUES, 2019). A abordagem familiar é apontada como uma das apostas a ser utilizada pela ESF (BRASIL, 2017). Para tal, é necessária que haja inclusão e adequação de

estratégias na pactuação de metas e planos de cuidados factíveis e individualizados (MENDES, 2012).

Chesla (2005), clássico que estrutura o pensamento biopsicossocial acerca do adoecimento crônico como estruturas individuais e familiares, afirma que a doença leva a um colapso em capacidades corporais e saúde, bem como funcionalidades e funcionamento e relacionamentos familiares. Isso leva que os familiares também assumam padrões de ações para acomodar esse sofrimento e reposicionar expectativas em relação à condição crônica estabelecida. Desse modo, a inclusão e a adequação de pactuação de metas são individualizadas de maneira com que se complementam e contemplam as famílias, os núcleos de convívio e estruturação social.

A família, segundo Florence Nigthingale é um núcleo de cuidado que deve ser considerado no ato de cuidar. Nesse sentido, a união familiar pode estar relacionada tanto em fator de adesão ao tratamento e mudança de hábitos alimentares, quanto barreiras impeditivas ou estruturalmente desmotivadoras ao processo (MARTINS; RODRIGUES, 2019).

6.2 Fatores que interferem no autocuidado apoiado

Quanto a multiprofissionalidade no autocuidado apoiado, o modelo de cuidado à saúde consolidado para a população ainda é o modelo biomédico e centrado na figura do profissional médico. Além disso, há fragilidade na compreensão da própria equipe, e dos usuários, sobre as competências específicas de cada profissional, assim como aquelas interdisciplinares.

Em avaliação quanto aos domínios do TDF, observou-se que os principais foram dos domínios D11 (Contexto e recursos ambientais), D3 (Identidade e papel profissional/social) e D2 (Capacidades). Nesse sentido, merece destaque por apresentar diversas vezes barreiras transponíveis em caráter social, como recursos e condições socioeconômicas. Por outro lado, o cuidado integral também teve destaque por se apresentar dificuldades relativas ao entendimento e posicionamento quanto profissional dentro de uma equipe multidisciplinar, arraigada por um modelo fragmentado de cuidado.

A coordenação de uma assistência em saúde pautada no alicerce assistencialista do modelo biomédico hegemônico não condiz com o modelo proposto pela ESF (ESMERALDO et al., 2017). A abordagem médica tradicional não centrada na pessoa no contexto de APS foca-se em doenças singulares a partir de diagnósticos fechados. No entanto, no guia do Ministério da Saúde acerca do cuidado com pessoas que convivem com doenças crônicas relaciona-se que

esse modelo assistencialista tradicional não acompanhou mudanças epidemiológicas brasileiras, além de não estruturar de maneira adequada a humanização assistencial no modelo de atenção primária no SUS (BRASIL, 2014; BEZERRA; ALVES, 2019).

Desse modo, é proposto que a articulação de diferentes profissionais dentro do contexto de ESF possibilita o desenvolver de ações que vão além da assistência curativa tradicional de resolução aguda (BEZERRA; ALVES, 2019). Nesse sentido, o autocuidado apoiado se ancora numa estrutura que envolve e articula diferentes áreas de profissionais da saúde, a partir do uso de uma tecnologia leve para modificação de níveis de saúde populacionais (ULBRICH *et al.*, 2017).

A multiprofissionalidade com suas respectivas funções remontam o papel amplo do cuidado. Essa estruturação perpassa a própria instituição e compreensão populacional acerca das competências profissionais dentro da ESF, que parecem não bem consolidadas (FERREIRA *et al.*, 2019).

Conforme pontuado nos resultados desse estudo, a equipe multi e interdisciplinar possui um papel ímpar de importância na atuação diária. É apresentado que cada profissional possui o seu papel para o funcionamento da APS, em suas diferentes áreas e especificidades de atuação. No entanto, na prática, essa equipe muitas vezes está ancorada numa distribuição fragmentada do cuidado, não centrada no indivíduo que o utiliza o SUS, nem em sua visualização por completo. Isso acaba por instituir um cuidado que não possibilita o aporte institucional multifacetado e possibilitador da integralidade. Deve-se ressaltar a importância deste tipo de cuidado em saúde no funcionamento da unidade (TAMBASCO *et al.*, 2017).

Além disso, há uma fragilidade na confiança, pela população, nas informações de saúde advindas de outros profissionais que não sejam médicos. Esse tipo de fragilidade remonta uma série histórica de conformidade estrutural da sociedade, em que o profissional médico possui uma relação hierárquica sobre outros profissionais de saúde. O papel histórico de uma hegemonia ao poder se perpetua em valorização social dessa classe e consequentemente nas relações sociais de valor nas informações em saúde. A desconstrução desse papel monopolar do saber em saúde condiz com a estrutura da APS, bem como na possibilidade de construção e organização de saúde possível de uma longitudinalidade e integralidade (PINHEIRO, 2021).

Outro ponto levantado refere-se acerca da importância do ACS dentro da lógica estruturada da APS. Ele é apontado como o elo entre o território e os usuários e a oferta de cuidados em saúde.

Nos últimos anos, o papel do ACS dentro da lógica de funcionamento na APS teve sua importância enaltecida. Ele possui raízes de atuação no que tange a controle de custos, acolhimento de comunidade, identificação de usuários, captação e resolução de requisições e demandas de saúde. Na prática, a atuação desses profissionais perpassa em todos os níveis de atenção e cuidado de saúde, sendo que haja necessidade de investimento formativo e treinamentos específicos que propiciem uma função mais segura e em corresponsabilidade com o SUS. Outra realidade passível de ser comentada é acerca da realidade vivida em decorrência da pandemia de Covid-19, em que se demandou reorganização do processo de trabalho e fluxos assistenciais por parte desse grupo, pondo em risco a descontinuidade de serviços essenciais de garantia da APS (MACIEL *et al.*, 2020).

A aceitação da doença pelo indivíduo, permeada pela dificuldade de compreensão de sua condição de saúde também foi indicado nos resultados como um fator limitante relativo à tecnologia do autocuidado apoiado. A estruturação de conscientização e sensibilização pela informação quanto aos limitantes de saúde do indivíduo faz parte do que contempla a prática do autocuidado apoiado (MENDES, 2012; FERNANDES *et al.*, 2017).

O conhecimento tanto da doença quanto dos medicamentos pode se correlacionar com AMARAL *et al.* (2019), em que num estudo quantitativo acerca do conhecimento dos diabéticos frente à doença e orientações de autocuidado observou que apenas 6,9% da amostra sabia definir corretamente o conceito de diabetes mellitus. Dessa amostra, 94,6% sabiam alguma estratégia de controle glicêmico, mas em sua maioria era apenas citada a dieta sem açúcar. Isso demonstra uma ausência de conhecimento consolidado acerca da própria condição crônica, bem como falha organizacional e teórica frente ao autocuidado apoiado em todas as suas etapas.

Alberto Ibiapina Costa Filho *et al.*, (2022) associa que frente ao diagnóstico de Diabetes acompanha-se cuidados de promoção da saúde mental. Os autores relacionam que o sofrimento mental pode estar associado desde questões prévias de transtornos mentais, quanto ao diagnóstico mais tardio da doença e a presença de complicações potencializadoras para instabilidades emocionais.

Nota-se que, dentre as diferentes reações em relação ao diagnóstico da doença, há a necessidade específica em cada caso, cada qual com sua especificidade e demanda. Nesse sentido, o texto aborda acerca da importância de acompanhamentos próximos pormenorizados, que são preconizados pela pactuação de metas e acompanhamento através do autocuidado, com

foco no posicionamento do indivíduo em relação ao seu adoecimento Alberto Ibiapina Costa Filho *et al.*, (2022); MENDES, 2012).

Outra face da situação é que o indivíduo com diagnóstico da Diabetes é confrontado com processos que exigem adaptação psicológica e social, que pode gerar respostas adaptativas ou ineficazes (BERTOLIN *et al.*, 2015). Nesse quesito, uma das barreiras possíveis que surge é limitação socioeducativa formal de entendimento básico acerca da patologia ou nuances circundadas ao processo patológico. Essa barreira pode ser sanada com o auxílio da tecnologia do autocuidado apoiado, uma vez que a adaptabilidade educacional centrada na pessoa e no cuidado com esse indivíduo torna-se fundamental para o êxito adaptativo (ULBRICH *et al.*, 2017).

É sabido, também, que a relação entre o DM e problemas de saúde mental pode ser aumentada em ambientes estressantes, com prejuízo nos sintomas depressivos e resultados adversos de dificuldade de controle glicêmico Alberto Ibiapina Costa Filho *et al.*, (2022). O adoecimento mental pode ser permeado desde pontos levantados na discussão, como a não aceitação da doença pelo indivíduo, quanto potencial e complicações advindas do processo patológico, bem como enaltecimento de doenças de base, como depressão e ansiedade Alberto Ibiapina Costa Filho *et al.*, (2022).

O diagnóstico do diabetes e o autocuidado apoiado também são permeados pela cultura do indivíduo, capacidade de mudança de comportamento e fragilidade na inserção da família. Em muitos casos, os aspectos culturais envolvem uma visão de mundo e cultivo ao cuidado tradicional. É comum que a realidade cultural de não adaptação do indivíduo, principalmente idosos em que se permeia um contexto de cultural mais forte, não seja condizente com um cuidado adaptativo efetivo (GOES, 2021). A capacidade de mudança e a inserção familiar são motores dessa adaptabilidade no autogerenciamento da condição crônica, sendo necessários no contexto de um cuidado integral (MENDES, 2012; GOES, 2022).

As condições socioeconômicas dos indivíduos foram indicadas como fatores restritivos na promoção do autocuidado apoiado, tanto para a mudança de comportamento, como para o acesso às melhores condições e hábitos de vida saudáveis. Nesse sentido, a desigualdade social é uma das principais barreiras a ser transpostas por não dependerem apenas de conhecimento teórico-prático, mas também dependente de políticas públicas estruturantes ao enfrentamento de agravos crônicos (MELO *et al.*, 2021). Nos resultados do estudo ficam explícita a urgência em desigualdade social num contexto de especificidades dietéticas restritas por questões sociais

permeadas em um contexto patológico que exige mudanças comportamentais, como o DM tipo II.

Melo *et al.* (2021) associa uma elevada prevalência do Diabetes em populações com situações de vida mais precárias, o que reforça a necessidade de políticas públicas para o manejo de condições crônicas. A estruturação do autocuidado apoiado é adaptativa aos indivíduos que convivem com condições crônicas e deve ser relacionada com as condições sociais. No entanto, fala-se em adaptação cultural restritiva alimentar quando se tem condições de adaptabilidade e readequação nutritiva (SOUZA; FERREIRA; FREITAS, 2022). O autocuidado, por sua vez, adapta e pactua metas tangíveis de inserção social individualizada no autogerenciamento da condição crônica, estendendo-se também à realidade nutricional e social do indivíduo (MENDES, 2012).

O nível socioeducacional interfere na compreensão do indivíduo em relação à sua condição de saúde e tratamento adequado. Sabe-se que o nível socioeducacional no quesito de menor poder aquisitivo e baixa escolaridade remontam maiores riscos de complicações em decorrência do Diabetes. No entanto, isso pode ser relacionado com desigualdades sociais basais de acesso à saúde, entendimento acerca da doença, compreensão sobre a condição de saúde e o próprio tratamento adequado conforme levantado nos resultados (SILVA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, é necessário que a adaptação social, cultural e educacional perpassasse na fase de pactuação de metas do autocuidado apoiado, de modo com que a adaptação transcultural e de transferência de conhecimento sejam relacionadas com todas as etapas metodológicas do autocuidado (ULBRICH *et al.*, 2017; MENDES, 2012).

Os recursos disponíveis (infraestrutura e humanos) foi outro fator que apareceu relacionado ao processo. Eles podem limitar a oferta de suprimentos e cuidado/assistência. Schimith *et al.* (2019) avalia que é necessário qualificar tanto a receptividade quanto a oferta de serviços, enaltecer a organização da Unidade e investir a comunicação entre equipes e indivíduos que se utilizam da Unidade. O fluxo assistencial e de rede articulados perpassam com barreiras limitantes ao cuidado, principalmente no que se refere a recursos humanos e infraestrutura básica de funcionamento (SILVA; RODRIGUES; JARA, 2015).

Soratto (2017) relaciona a insatisfação de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família fortemente atrelada com a gestão de trabalho. Isso inclui também instrumentos de trabalho em quantidade e qualidade, bem como condições institucionais e conhecimentos para operá-los.

Foi pontuado pelos profissionais participantes do estudo que a carência de recursos de divulgação, bem como interligar saúde, educação e tecnologia é um dos desafios da atualidade. Araujo *et al.* (2020) associa que tecnologias educacionais em um processo de educação em saúde, especificamente no caso do DM, auxilia a atuação de enfermeiros por justamente envolver o paciente no processo de ensino e aprendizagem, de modo a prestar uma assistência integral em saúde.

Ademais, a fragilidade na oferta de educação continuada para a equipe (ou que sejam feitas de maneira acessível) e de espaços para discussões em equipe também foi pontuado pelos profissionais participantes do estudo. O autocuidado apoiado é possível perante a atuação de equipes multidisciplinares, que atuem e demonstrem a visão de cuidado de maneira integral. Nesse sentido, a fomentação de discussões em equipe e a educação continuada multiprofissional são estratégias que visam o desenvolvimento profissional e assistencial, bem como otimização do serviço prestado (MENDES *et al.*, 2021).

Ferreira *et al.* (2019) associa que, dentre as iniciativas de Educação Permanente em Saúde, há a necessidade de desenvolvimento de recursos tecnológicos, bem como a própria aproximação da prática de serviço diária com o ensino continuado. Outro ponto levantado pelos participantes é a formação de espaços coletivos de aprendizagem, que envolvam a construção do conhecimento da ESF alinhado e nivelado no entendimento comum. No entanto, é comum a desvalorização de iniciativas que incentivem a educação continuada e isso acaba por contribuir pela sua não efetividade e continuidade no cenário de APS (FERREIRA *et al.*, 2019).

No que tange ao autocuidado apoiado, conforme observado nos resultados, isso resulta em desinformação sistematizada da ferramenta e contribui para o não entendimento completo metodológico da tecnologia e aplicabilidade parcial.

Descrença na mudança, ou seja, a não crença no potencial dos profissionais como fator de mudança na conscientização e orientação relativos ao cuidado em DM tipo II. Essa descrença é permeada por sentimento de incapacidade e frustração em promover um cuidado adequado que possibilite não apenas o tratamento e estacionamento da condição de saúde, mas mudanças efetivas nos usuários e comunidade que potencialize os resultados esperados.

A incompreensão ou não consolidação e incorporação do modelo proposto de resolutividade a nível de ESF por parte da população adscrita pode relacionar com um sentimento de frustração acerca do papel ordenador da APS e, consequentemente, possui influências diretas no pertencimento social e resolutivo patológico pelos profissionais. Nesse sentido, desloca-se a APS como primeiro acesso e a estruturação inicial do Sistema em seus

níveis de atenção (CAMPOS *et al.*, 2014). A mudança perpassa gradativamente através da narrativa de valorização da APS no país. Por sua vez, essa mudança encara fragilidades de infraestrutura, recursos humanos, reconhecimento e valorização dos profissionais.

O estudo teve como limitação principal a abordagem exploratória de duas Unidades de Saúde em que se ficam transpostos vivências, fluxos de atendimento e administrações semelhantes. Dessa forma, pode limitar a multiplicidade de visões acerca do tema. Além disso, contou com a aderência maior de profissionais ACS, o que possui influência nas vivências expressas.

7 CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo responderam aos objetivos propostos de identificação do conhecimento dos profissionais de saúde acerca do conceito de autocuidado apoiado, bem como quanto a identificação de barreiras e potencialidades que podem influenciar na utilização dessa tecnologia na assistência a indivíduos com DM tipo II. O indivíduo apareceu como responsável principal, com suporte ancorado nas unidades de saúde e família. Notou-se que há uma fragilidade no conhecimento da tecnologia do autocuidado apoiado de maneira completa e sistematizada. Os fatores que influenciam na utilização dessa tecnologia foram apontados.

No estudo observou-se que o conhecimento dos profissionais avaliados é limitado quanto a conceituação, fazendo uso na prática laboral diária de elementos associados à tecnologia. Além disso, faz-se uso de 3 dos 5 pilares do autocuidado apoiado, de maneira não sistematizada. Quanto aos domínios do TDF, em sua conceituação e elementos associados ao autocuidado, observou-se uma relação importante quanto aos Conhecimentos e Identidade social/profissional, principalmente no que tange à prática de cuidado tradicional de saúde e relação profissional estabelecida a partir de orientações genéricas. Por sua vez, quanto aos fatores que interferem no autocuidado, observou-se forte relação com o domínio de Contextos e Recursos Ambientais, o que perpassa ações limitadas por vezes por contextos sociais e econômicos. Avaliou-se que o pilar de Acordo do autocuidado apoiado foi secundarizado, sendo este fundamental na construção de uma pactuação de metas individuais e factíveis.

Dessa maneira, a utilização da tecnologia do autocuidado apoiado deve ser permeada por um conhecimento sólido dos profissionais, uma equipe multidisciplinar com processo de trabalho integrado e interdisciplinar e conscientização da população sobre a APS e os cuidados ofertados, assim como seu papel na gestão de sua saúde. O cuidado ofertado deve ser individualizado e a tecnologia deve ser implementada em sua totalidade. Políticas institucionais e recursos humanos e materiais são importantes nesse cenário.

Os resultados indicam elementos importantes a serem considerados na organização do cuidado na APS, refletindo em benefícios de logística, resolutividade e assistencialismo efetivo a indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II.

Possui como implicações futuras a estruturação e possibilidade de sistematização no cuidado multiprofissional para o autogerenciamento de condições crônicas. Isso será possível através do estudo da aplicabilidade do autocuidado apoiado dentro das Unidades de Saúde, podendo ser estudada a relação de efetividade e implementação da prática no cotidiano laboral, bem como os impactos que essa prática gera na assistência desses indivíduos.

8 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Espera-se que com esse estudo permita estruturar momentos formativos com os profissionais de saúde, a fim de prepara-los para o autocuidado apoiado, bem como fundamentar e sistematizar as intervenções em autogerenciamento em saúde a serem desenvolvidas pelos próprios profissionais junto aos usuários. Dito isso, a intervenção com bases em práticas efetivas só é possível através da análise profunda do conhecimento e percepções dos profissionais de saúde envolvidos na assistência dessa população.

Esse estudo pode ajudar na sistematização do processo de trabalho e de cuidado a indivíduos com DM tipo II na ESF e na APS. Nota-se que a atribuição de elementos e conceitos relativos ao autocuidado apoiado perpassa carências teóricas e práticas de fomentação e estruturação da prática. Há a necessidade de se entender e enaltecer a multiprofissionalidade do cuidado em saúde no autogerenciamento sistematizado de condições crônicas, principalmente no DM tipo II.

Esses dados subsidiam o entendimento das barreiras e potencialidades em que o autocuidado apoiado é inserido, com isso ajuda no tracejamento de metas, planos e fomentações à prática dessa tecnologia por gestores, profissionais de saúde. Entende-se a partir dele, contextos sociais, estruturais, teóricos e práticos que impedem a efetivação de uma prática comprovadamente eficaz e factível. Desse modo, pelo uso desses dados, espera-se uma melhoria na assistência de indivíduos com DM tipo II.

REFERÊNCIAS

ALBERTO IBIAPINA COSTA FILHO, Antonio; MARIA DOS SANTOS RIBEIRO, Laisa; DE CARVALHO ALENCAR, Delmo; ALBERTINA DE OLIVEIRA, Naila; ANTONIO RABI, José; RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA, Aline. Fatores associados ao sofrimento mental em pessoas com diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, n. 27, p. 1–12, 28 set. 2022. DOI 10.5380/ce.v27i0.83996.

AMARAL, Robson Tostes; BARBOSA, Aurélio De Melo; TEIXEIRA, Cristiane Chagas; BRANDÃO, Leyla Gabriela Verner Amaral; AFONSO, Thaisa Cristina; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; TOBIAS, Gabriela Camargo. Conhecimento dos diabéticos frente à doença e orientações no autocuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, vol. 13, n. 2, p. 346, 9 Fev. 2019. DOI 10.5205/1981-8963-v13i2a239077p346-352-2019.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, vol. 37, n. Supplement_1, p. S81–S90, 1 Jan. 2014. DOI 10.2337/dc14-S081. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/37/Supplement_1/S81/37753/Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus. Acedido em: 3 Mar. 2023.

ANDRADE, Rayla Patrícia da Silva; MAIA, Vanessa Freires; QUEIROZ, Rosimeire Fontes de; CARREIRO, Gisele Santana Pereira; VILLA, Tereza Cristina Scatena; PINTO, Érika Simone Galvão. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose Professional contribution of primary health care for assisted self care to patients with tuberculosis. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 8, n. 3, p. 4857–4863, 15 Jul. 2016. DOI 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4857-4863.

ARAÚJO, Éverton Fernandes De; RIBEIRO, Anna Luísa Torres; PINHO, Isla Vitória Oliveira Sousa De; MELO, Manuela Costa; ABREU, Verônica Jacomini De; NASCIMENTO, Érika Tayná De Souza; DUTRA, Luz Marina Alfonso; QUEIROZ, Caren Castelar. Elaboração de tecnologia educacional sobre educação em saúde para crianças com diabetes mellitus tipo I. **Enfermagem em Foco**, vol. 11, n. 6, 3 Mai. 2021. DOI 10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3915.

ARRUDA, Guilherme Oliveira De; MARCON, Sonia Silva; AVEIRO, Hellen Emília Peruzzo; HADDAD, Maria Do Carmo Fernandez Lourenço; KALINKE, Luciana Puchalski; FONSECA, Gleiciane Da Silva; MARTINHAGO, Afonso De Arruda. Efeitos do autocuidado apoiado por enfermeiros em homens com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Baiana de Enfermagem**, vol. 36, 2022. DOI 10.18471/rbe.v36.43380.

ATKINS, Lou; FRANCIS, Jill; ISLAM, Rafat; O'CONNOR, Denise; PATEY, Andrea; IVERS, Noah; FOY, Robbie; DUNCAN, Eilidh M.; COLQUHOUN, Heather; GRIMSHAW, Jeremy M.; LAWTON, Rebecca; MICHIE, Susan. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. **Implementation Science**, vol. 12, n. 1, p. 77, Dez. 2017.

BERTOLIN, Daniela Comelis; PACE, Ana Emilia; CESARINO, Claudia Bernardi; RIBEIRO, Rita De Cassia Helu Mendonça; RIBEIRO, Renato Mendonça. Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 28, n. 5, p. 440–446, Ago. 2015. DOI 10.1590/1982-0194201500074.

BEZERRA, Raíra Kirilly Cavalcante; ALVES, Anelise Maria Costa Vasconcelos. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Revista Expressão Católica Saúde**, vol. 4, n. 2, p. 7–15, 19 Dez. 2019. DOI 10.25191/recs.v4i2.3210.

BODENHEIMER, Thomas. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. **JAMA**, vol. 288, n. 19, p. 2469, 20 Nov. 2002. DOI 10.1001/jama.288.19.2469.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 63, p. 50-52, 1º de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. Portaria nº, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3> >

BRASIL. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

BRASIL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Autocuidado Apoiado: Cadernos de Exercícios. Organização: Ana Maria Cavalcante e Ângela Cristina Lucas de Oliveira. Curitiba: 2012, 36 p.

CAMARGO, Priscila Nicoletti Neves; TENANI, Carla Fabiana; BULGARELI, Jaqueline Vilela; GUERRA, Luciane Miranda; SILVA, Renato Pereira; BATISTA, Marília Jesus. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. **Revista de Ciências Médicas**, v. 30, p. 1, 11 mar. 2021. DOI 10.24220/2318-0897v30e2021a5047.

CAMPOS, G. W. Saúde Paideia. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Saúde Paideia, São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

CAMPOS, M. G. et al. Feridas complexas e estomias, 1 ed. João Pessoa: Ideia, 2016.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza; GAMA, Carlos Alberto Pegolo Da;

CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa; TRAPÉ, Thiago Lavras; DANTAS, Deivisson Vianna. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuarios. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014. DOI 10.5935/0103-1104.2014S019. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S019>. Acesso em: 4 mar. 2023.

CANE, James; O'CONNOR, Denise; MICHIE, Susan. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 37, dez. 2012. DOI 10.1186/1748-5908-7-37.

CASTRO, Simone Henriques De; MATO, Haroldo José De; GOMES, Marília De Brito. Parâmetros antropométricos e síndrome metabólica em diabetes tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 3, p. 450-455, jun. 2006. DOI 10.1590/S0004-27302006000300007.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A.C. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Autocuidado Apoiado: manual do profissional de saúde [Internet]. Curitiba, PR: SMS, 2012. Disponível em: <http://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/autocuidado-apoiado.pdf>. Acesso em: 21 maio 2021.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention, julho, 2022. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>>. Acesso em: 25 de outubro, 2022
CHESLA, Catherine A. Nursing Science and Chronic Illness: Articulating Suffering and Possibility in Family Life. **Journal of Family Nursing**, v. 11, n. 4, p. 371-387, nov. 2005. DOI 10.1177/1074840705281781.

CHIARA OLIVEIRA MORAES, Janaíne; MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA, Simione. Efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico e cardiometabólico de hipertensos: ensaio clínico randomizado. **Cogitare Enfermagem**, n. 27, p. 1–14, 28 set. 2022. DOI 10.5380/ce.v27i0.82868.

CLARO, Rafael Moreira; SANTOS, Maria Aline Siqueira; OLIVEIRA, Tais Porto; PEREIRA, Cimar Azeredo; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 257–265, jun. 2015. DOI 10.5123/S1679-49742015000200008

COSTA, Simone De Melo; ARAÚJO, Flávia Ferreira; MARTINS, Laiara Versiani; NOBRE, Livia Lícia Rafael; ARAÚJO, Fabrícia Magalhães; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147–2156, jul. 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000700030.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. (org.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529–532, dez. 2012. DOI 10.5123/S1679-49742012000400001.

ESMERALDO, Geordany Rose De Oliveira Viana; CONDE DE OLIVEIRA, Lúcia; ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo; MAIA DE QUEIROZ, Danielly. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 31 jul. 2017. DOI 10.34019/1809-8363.2017.v20.15786.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva De Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques Da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019. DOI 10.1590/0103-1104201912017.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77–88, jan. 2021. DOI 10.1590/1413-81232020261.33882020.

FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz de; BRITO, Ana Clara Viana Soares; MIRANDA, Bianca Reis Carvalho; LIMA, Isabelle Carvalho de Melo; SOUSA, Isabelle Gomes de; SOUSA, Lunalva Gabrielli Veras; VALE, Stéfani do; SOUZA, Victoria Herrera de. Complicações crônicas decorrentes do Diabetes mellitus: uma revisão narrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e96101421794–e96101421794, 27 out. 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i14.21794.

FIGUEIREDO, Danielly Mesquita; RABELO, Flávia Lúcia Abreu. Diabetes insipidus: principais aspectos e análise comparativa com diabetes mellitus. **Semina: Ciências**

Biológicas e da Saúde, v. 30, n. 2, p. 155, 15 dez. 2009. DOI 10.5433/1679-0367.2009v30n2p155.

GENUTH, Saul.; ALBERTI, Kennedy G.; BENNETT, Paul. Follow-up Report on the Diagnosis of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 26, n. 11, p. 3160–3167, 1 nov. 2003. DOI 10.2337/diacare.26.11.3160.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). IDF Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <https://ncdalliance.org/resources/diabetes-atlas-2017-is-now-online#:~:text=The%208th%20edition%20of%20the,prevalence%20and%20its%20related%20burden>. Acesso em: 09. fev. 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2019. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf. Acesso em 09 fev. 2021.

JANKE, Gabriela Forlini; RIBEIRO, Thalita Da Silva; FARAONI, Amábile Giulia; VIANA, Angelina Lettiere. Atributos da Atenção Primária à Saúde nos cuidados às pessoas com condições crônicas. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 3, p. 537–546, 1 set. 2020. DOI 10.17765/2176-9206.2020v13n3p537-546.

KESSLER, Marciane; LIMA, Suzinara Beatriz Soares De; WEILLER, Teresinha Heck; LOPES, Luís Felipe Dias; FERRAZ, Lucimare; THUMÉ, Elaine. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1063–1071, maio 2018. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0014.

LIMA, C. T. et al. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. *Revista Brasileira de Clínica Médica.*, v. 8, n. 4, p. 316-319, 2010.

LORIG, Kate; LAURENT, Diana; GONZÁLEZ, Virginia; SOBEL, David; MINOR, Marian; GECHT-SILVER, Maureen.. Living a healthy life with chronic conditions, Boulder, Colorado: Bull Publishing Company, 2006.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos Dos; CARNEIRO, Raquel Araújo Da Silva; SOUZA, Eliana Amorim De; PRADO, Nília Maria De Brito Lima;

TEIXEIRA, Carmen Fontes De Souza. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 2, p. 4185–4195, out. 2020. DOI 10.1590/1413-812320202510.2.28102020.

MALERBI, Domingos A; FRANCO, Laercio J; The brazilian cooperative group on the study of diabetes prevalence. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes *Mellitus* and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30–69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, n. 11, p. 1509–1516, 1 nov. 1992. DOI 10.2337/diacare.15.11.1509

MARTINS, Luciana Mendes; FRANÇA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5–18, dez. 1996. DOI 10.1590/S0104-11691996000300002

MARTINS, Maísa Mônica Flores; RODRIGUES, Maina Lima. Diabetes: adesão ao tratamento e o papel da família a essa nova realidade. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 59, 22 maio 2019. DOI 10.13037/ras.vol17n59.5838.

MELO, Silvia Pereira Da Silva De Carvalho; BARRETO, Maria Nelly Sobreira De Carvalho; SOUZA, Nathália Paula De; LIRA, Pedro Israel Cabral De; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa. Determinantes socioeconômicos do diabetes mellitus em um contexto de desigualdades no nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e6863, 3 maio 2021. DOI 10.25248/reas.e6863.2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431–436, fev. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018232.16152017.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
Acesso em: 19 maio 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, Giovana Nascimento.; GUIMARÃES, Gabriel Lucas Pereira.; DE PAULA, Emilly Jhully Correia.; TAVARES, Emilly Jhully Correia. Educação continuada e permanente na atenção primária de saúde: uma necessidade multiprofissional. **Cenas Educacionais**, v. 4, p. e12113, 16 dez. 2021.

MICHIE, S; *et al.* A Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 1, p. 26–33, 1 fev. 2005. DOI 10.1136/qshc.2004.011155.

MORAIS, Huana Carolina Cândido; GONZAGA, Nathalia Costa; AQUINO, Priscila De Souza;
ARAUJO, Thelma Leite De. Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 136–143, fev. 2015. DOI 10.1590/S0080-623420150000100018.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes; ALBERNAZ, Lidianne Vianna; SÁ, Miriam Ribeiro Calheiros De; CORREIA, Roberta Fernandes; TANABE, Roberta Falcão. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 21 nov. 2017. DOI 10.1590/0102-311x00189516.

MORTON, Laurel M.; PHILLIPS, Tania J. Wound healing and treating wounds. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 74, n. 4, p. 589–605, abr. 2016. DOI 10.1016/j.jaad.2015.08.068.

NEWBY, Nancy M. Chronic illness and the family life-cycle. **Journal of Advanced Nursing**, v. 23, n. 4, p. 786–791, abr. 1996. DOI 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00052.x.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; ANDRADE, Rafaella Da Costa Santin; BRITO, Daniela Aquino De; MICHELE LESSA DE, Oliveira. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020. DOI 10.26633/RPSP.2020.32.

OLIVEIRA, Maria Amélia De Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013. DOI 10.1590/S0034-71672013000700020.

OLIVEIRA, Nunila Ferreira De; SOUZA, Maria Conceição Bernardo De Mello E; ZANETTI, Maria Lúcia; SANTOS, Manoel Antônio Dos. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 301–307, abr. 2011. DOI 10.1590/S0034-71672011000200013.

OLIVEIRA, Rebeca de Castro. Comportamento sedentário e diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. 2017. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

OMS. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Genebra: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>. Acesso em: 19 maio 2021.

PARAIZO, Camila Maria Silva; ISIDORO, Jéssica Gabriely; TERRA, Fábio De Souza; DÁZIO, Eliza Maria Rezende; FELIPE, Adriana Olimpia Barbosa; FAVA, Silvana Maria Coelho Leite. Conhecimento do enfermeiro da atenção primária de saúde sobre diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 179, 1 jan. 2018. DOI 10.5205/1981-8963-v12i1a23087p179-188-2018.

PINHEIRO, Simone Bruschi. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. *Rev. Longevidade*, Ano III, n. 9, Jan/Fev/Mar. São Paulo, 2021: ISSN 2596-027X

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman; 2007.

SANTOS, Laís De Mello; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes De; DUTRA, Virgínia Faria Damásio; PORTO, Isaura Setenta. The process of knowledge transference: a matter concerning of teaching of psychiatric nursing. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017. DOI 10.1590/2177-9465-ean-2016-0356.

SANTOS, R. S. Autocuidado apoiado aos hipertensos: construção de um protocolo. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21434/1/RenataSilvaSantos_TESE.pdf.

SANTOS, Renato Caio Silva.; da SILVA, João Lucas Moura.; CUSTÓDIO, Lucas Matheus Grizotto doença crônica e o adolescer: efeitos do adoecimento e do câncer no desenvolvimento do adolescente. Psicologia, 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1160.pdf>.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

SCHEFFEL, Rafael Selbach; BORTOLANZA, Desirê; WEBER, Cristiane Segnanfredo; COSTA, Luciana Abarno Da; CANANI, Luís Henrique; SANTOS, Kátia Gonçalves Dos; CRISPIM, Daisy; ROISENBERG, Israel; LISBÔA, Hugo Roberto Kurtz; TRES, Glaucia Sarturi; TSCHIEDEL, Balduino; GROSS, Jorge Luiz. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 263–267, set. 2004. DOI 10.1590/S0104-42302004000300031.

SCHIMITH, Maria Denise; BUDÓ, Maria De Lourdes Denardin; WEILLER, Teresinha Heck; PRESTES, Lisie Alende; WILHELM, Laís Antunes; ALBERTI, Gabriela Fávero. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. e17, 1 ago. 2019. DOI 10.5902/2179769228053.

SCHMIDT, Maria Ines; DUNCAN, Bruce B; HOFFMANN, Juliana Feliciati; MOURA, Lenildo De; MALTA, Deborah Carvalho; CARVALHO, Rosa Maria Sampaio Vilanova De. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 2, p. 74–82, nov. 2009. DOI 10.1590/S0034-89102009000900010.

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso da; RODRIGUES, Ana Paula Grillo; JARA, Eduardo Janicsek. Qualidade de vida dos profissionais de uma unidade básica de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1647–1662, 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998. p. 275-80.
SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires De; TRINDADE, Letícia Lima; OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque De; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MELO, Thayse Palhano De. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 21 set. 2017. DOI 10.1590/0104-07072017002500016.

SOUZA, Nayana Maria Gomes; HONORATO, Sandra Mara Araújo; XAVIER, Antonia Tayana Da Franca; PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; ATAIDE, Márcia Barroso Camilo De. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 139–146, mar. 2012. DOI 10.1590/S1983-14472012000100019.

SOUZA, Rosane Milkene Ferreira De; FERREIRA, José Carlos De Sales; FREITAS, Francisca Marta Nascimento De Oliveira. Diabetes mellitus tipo 2: percepção da intervenção alimentar como causa e tratamento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e138111537186, 12 nov. 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i15.37186.

TAMBASCO, Leticia De Paula; SILVA, Henrique Salmazo Da; PINHEIRO, Karina Moraes Kiso; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe2, p. 140–151, jun. 2017. DOI 10.1590/0103-11042017s212.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente. São Paulo: Edusp, 2004.

TESTON, Elen Ferraz; PETERNELLA, Fabiana Magalhães Navarro; SALES, Catarina Aparecida; HADDAD, Maria Do Carmo Lourenço; CUBAS, Marcia Regina; MARCON, Sonia Silva. Effect of the consultation of nursing on knowledge, quality of life, attitude towards disease and self-care among persons with diabetes. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. e-1106, 2018. DOI 10.5935/1415-2762.20180034.

THEIS, Laís Carolini; MARINHO MIKOSZ, Dhaniel; ROSA, Saulo Vinícius; TETU MOYSÉS, Simone; PROENÇA DE MORAES, Thyago. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 68, 30 jun. 2021. DOI 10.13037/ras.vol19n68.7411.

ULBRICH, Elis Martins; MANTOVANI, Maria De Fátima; MATTEI, Ângela Taís; MENDES, Felismina Rosa Parreira. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 7 jun. 2018. DOI 10.1590/1983-1447.2017.04.63922. VANZELA, A.S. *Theoretical Domains Framework* como ferramenta para pesquisas de implementação no Brasil: uma adaptação cultural. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/@download/file/vigitel_brasil_2020.pdf/.

VON KORFF, Michael. Collaborative Management of Chronic Illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097, 15 dez. 1997. DOI 10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008.

APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Número do participante: _____

Gênero: _____

Idade (anos): _____

Estado civil: _____

Renda familiar: _____

Pessoas dependentes da renda: _____

Função exercida na Unidade: _____

Há quanto tempo atua nesta USF? _____

Formação: _____

Pós-graduação: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE – Grupo Focal Profissionais

Meu nome é Elen Ferraz Teston, e venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Autocuidado apoiado no manejo do diabetes mellitus na atenção primária: intervenção e avaliação” que tem como objetivo principal avaliar a implementação de uma intervenção baseada no autocuidado apoiado para o manejo e controle do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) na Atenção Primária à Saúde. Para isso, é necessário compreender o conhecimento e a percepção de vocês, profissionais, sobre o uso da estratificação de risco, sobre a prática de cuidado baseada no autocuidado apoiado para indivíduos com DM2 e sobre o processo de implementação de uma intervenção baseada no autocuidado apoiado para indivíduos com DM2.

Por isso, se você se interessar em participar deste estudo, sua participação consistirá em participar de três encontros. No primeiro e terceiro encontro será realizado uma entrevista em grupo (grupo focal) com você e outros profissionais da sua unidade de saúde. Dessa maneira, o primeiro encontro ocorrerá antes do processo de implementação da intervenção baseada no autocuidado apoiado para indivíduos com DM em sua unidade, no qual vocês serão convidados a discorrer sobre: como é realizado o atendimento e assistência à indivíduos com DM2 na sua unidade, qual o conhecimento e experiência de vocês sobre a estratificação de risco e a prática baseada no autocuidado apoiado para manejo e controle do DM2 e quais os fatores que podem influenciar nessa prática. Esse primeiro encontro terá duração de aproximadamente 60 minutos. Ele será gravado em mídia de áudio com a sua autorização e dos demais participantes.

Após esse primeiro encontro, você será convidado a participar de um encontro de educação permanente, junto os demais profissionais da sua unidade, sobre o uso da estratificação de riscos na atenção primária a saúde e sobre o autocuidado apoiado para manejo e controle do DM2. Esse encontro tem duração de aproximadamente quatro horas. Após isso, será implementada uma intervenção baseada no autocuidado apoiado para manejo e controle do DM2, a qual será desenvolvida pelos enfermeiros da unidade à pacientes com DM2, por um período de seis meses.

Ao final desses seis meses, você, junto com os demais profissionais de sua unidade de saúde, será convidado a participar do terceiro encontro, que é igual ao primeiro, ou seja, um encontro no qual será realizado uma entrevista em grupo (grupo focal) em que vocês serão convidados a discorrer sobre: a percepção de sobre a estratificação de risco e a intervenção baseada no autocuidado apoiado para manejo e controle do DM2 pelos pacientes implementada na unidade e sobre quais fatores que interferiram nessa implementação. Esse encontro terá duração de aproximadamente 60 minutos. Ele será gravado em mídia de áudio com a sua autorização e dos demais participantes.

Os três encontros serão realizados em local privativo, na unidade de saúde em que você trabalha. O dia e horário desses encontros serão previamente agendados com você, com os demais participantes e com a gerência da unidade, para que não haja prejuízo no processo de trabalho desenvolvido.

Gostaria de dizer que você é livre para decidir em participar ou não do estudo, que você pode também decidir parar de participar, basta informar ao pesquisador. A decisão de não participar da pesquisa ou de interromper sua participação nela não afeta o seu processo de trabalho. E, também, que você não precisa responder nenhuma pergunta que não queira. Você será orientado(a) quando apresentar dúvidas relacionadas à assuntos que possam emergir no decorrer de sua participação e que os pesquisadores possam colaborar, ou outro assunto relacionado ao estudo. Você não receberá dinheiro para participar da pesquisa e nem terá gastos. Caso você tenha algum gasto não previsto, você será ressarcido por mim, pesquisador responsável pela pesquisa. E, caso você tenha algum dano causado por sua participação nesse estudo, você também terá o direito de ser indenizado.

Acreditamos que sua participação no estudo envolva os riscos de se sentir desconfortável em responder alguma questão ou à alguma situação durante a realização dos grupos focais. Caso isso ocorra, ele será orientado que poderá não responder a mesma ou deixar de participar do grupo e da pesquisa no momento que quiser.

Para isso, os pesquisadores irão explicar detalhadamente o método de coleta de dados a você e a todos os participantes e os possíveis riscos. Reforçamos também que você poderá nos indicar caso esteja desconfortável com alguma situação e, com isso, interromper a sua participação a qualquer

momento. Além disso, nós estamos a disposição sua e da equipe caso haja a identificação e necessidade de manejar algum desconforto ou conflito, individual ou em equipe, que venha a surgir com a realização da entrevista. Ressalta que a pesquisadora principal tem formação para realizar tais intervenções.

Como possíveis benefícios, espera-se produzir materiais que ajudem você e outros profissionais na organização e no desenvolvimento do cuidado e assistência aos usuários dos serviços de saúde e na gestão das redes de atendimento. Reitera-se que o principal avanço da presente proposta, está na utilização de tecnologia leve na assistência às pessoas com condição crônica, de baixo custo e passível de incorporação na rotina dos serviços da APS.

As entrevistas serão gravadas com a sua autorização de todos participantes. Somente os pesquisadores envolvidos no estudo irão ter acesso aos dados transcritos. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você, sobre sua equipe de trabalho, ou qualquer outra pessoa mencionada serão retiradas e substituídas por códigos que apenas os pesquisadores terão acesso. Outras pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso as informações dadas. Se você quiser, você poderá ler as transcrições, basta solicitar. Toda informação que você der será mantida em segredo. Os dados da pesquisa serão usados exclusivamente para esse estudo e serão armazenados em local seguro pelos pesquisadores responsáveis, que apenas eles terão acesso, por um prazo de cinco anos, e após serão eliminados.

Eu e a equipe de pesquisa, comprometemo-nos em apresentar para você e sua equipe os resultados da pesquisa. Os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em eventos científicos ou para os serviços participantes, com segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado e demais pessoas envolvidas.

Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, de igual teor, assinada pelos pesquisadores do estudo e por você, participante. Uma via ficará em domínio dos pesquisadores e outra com você.

Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas de sua participação nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br.

E em caso de dúvida sobre essa pesquisa e sua participação nela, você pode entrar em contato com a pesquisadora Elen Ferraz Teston, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 99855-1424 ou e-mail: elen.teston@ufms.br.

Autorizo gravação sonora Sim () Não ().

Campo Grande-MS, _____, de _____, de 20__.

Assinatura participante do estudo: _____

Assinatura responsável pelo estudo _____

ANEXO A. DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO PARCEIRO

Declaro, para fins de comprovação junto à Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), que a instituição "Secretaria Municipal de Saúde" atuará como parceira em conjunto com a instituição "UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul", na execução do projeto "Autocuidado apoiado no manejo do Diabetes mellitus na Atenção Primária: intervenção e avaliação" desenvolvido pelo(a) coordenador(a) "Elen Ferraz Teston".

Estamos cientes que nossa instituição participará das atividades intermediação do acesso/contato entre pesquisadores e profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde envolvidas no estudo e auxílio na divulgação dos resultados, disponibilizando a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, e a participação do(s) pesquisador(es) Patrícia Aparecida Piva, Deisy Adania Zanoni e Kassandhra Pereira Zolin no projeto de pesquisa supramencionado.

Para que sejam produzidos todos os efeitos legais, técnicos e administrativos deste compromisso, firmo o presente instrumento.

Campo Grande - MS, 31 de Agosto de 2020.

Assinatura do(a) Representante Legal da Instituição:

Nome: JOSE MAURO PINTO DE CASTRO FILHO

CPF: 638.166.441-04

Jonice Estanino de O. Praggi



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número do protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;

4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde

5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 31 de Agosto de 2020.


Secretaria Municipal de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE


Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Elton Ferraz Testoni, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 089.345.559-31, portador (a) do documento de identidade sob nº. 401084430, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Dr. João de Almeida, nº. 197, bairro Parque Araraçu, nesta Capital, telefone nº. (51) 993207237, pesquisador (a) do Curso de Enfermagem, da instituição Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com o título do projeto de pesquisa Atividade apoiada no manejo de Diabetes mellitus no âmbito familiar: intervenção e avaliação, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAÚ.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 31 de Agosto de 2020.

Elton Ferraz Testoni

Pesquisador (a)

Maíral Roberto dos Santos

Coordenador de Saúde Bucal

Tafelândia, Mato Grosso do Sul

Secretaria Municipal de Saúde