

# NARRATIVAS DE DIABÉTICOS E IMPACTOS DA DOENÇA EM SEU DESEMPENHO OCUPACIONAL: QUESTÃO PARA TERAPIA OCUPACIONAL?\*

Narratives of diabetics and impacts of the disease in their occupational performance: questions for occupational therapy?

Narrativas de diabéticos y los impactos de la enfermedad en su desempeño ocupacional: cuestión para terapia ocupacional?

**Mírcia Regina Coelho Jacintho de Moraes**

Discente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP *campus* Baixada Santista – Santos, Brasil  
[minciaregina.morais@bol.com.br](mailto:minciaregina.morais@bol.com.br)

**Stella Maris Nicolau**

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP *campus* Baixada Santista – Santos, Brasil  
[stellamarisnicolau@gmail.com](mailto:stellamarisnicolau@gmail.com)

**Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo**

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP *campus* Baixada Santista – Santos, Brasil  
[uchoalucia@gmail.com](mailto:uchoalucia@gmail.com)

## Resumo

A Diabetes Mellitus é uma doença de fundo metabólico causada por pouca produção de insulina, sendo a 'tipo 2' responsável por 90% dos casos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a diabetes é quase uma epidemia em termos de pessoas afetadas, de potencial incapacitante, de mortalidade prematura e onerosa tanto para seu controle como no tratamento de suas complicações. **Objetivo:** identificar o desempenho ocupacional de pessoas diabéticas acompanhadas em um serviço de atenção básica pelo Sistema Único de Saúde. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória, com quatro participantes, sendo eles diabéticos tipo 2, de ambos os sexos, em acompanhamento no serviço de saúde de uma das cidades da Região Metropolitana da Baixada Santista. Os dados foram coletados através de narrativas, posteriormente analisadas utilizando a análise de conteúdo. Apontam os resultados que as áreas com mais alterações no desempenho ocupacional foram: alimentação, atividade sexual, controle de esfíncter, gerenciamento e manutenção a saúde. **Considerações Finais:** O apoio à adoção de hábitos e rotinas que previnam complicações clínicas e promovam a saúde de pessoas com diabetes pode ser uma importante contribuição da terapia ocupacional em abordagens implicadas com a maximização das potencialidades ocupacionais e engajamento em atividades significativas e transformadoras.

**Palavras-chave:** Atenção primária em saúde; Atividades cotidianas; Diabetes mellitus; Doenças crônicas; Terapia ocupacional.

584

## Abstract

Diabetes mellitus is a metabolic background disease caused by low insulin production, with 'type 2' accounting for 90% of cases. According to the Brazilian Diabetes Society, diabetes is almost an epidemic in terms of people affected, of incapacitating potential, of premature and costly mortality both for its control and in the treatment of its complications. **Objective:** to identify the occupational performance of diabetic people accompanied in a primary care service in Brazilian Unified Health System. **Method:** a qualitative, exploratory study was carried out with four participants, being type 2 diabetics, of both sexes, in follow-up at the health service of one of the cities of the Metropolitan Region of *Baixada Santista*. The data were collected through narratives, later analyzed using content analysis. The results indicate that the areas with the most changes in occupational performance were: feeding, sexual activity, sphincter control, health management and maintenance. **Conclusions:** supporting the adoption of habits and routines that prevent clinical complications and promote the health of people with diabetes can be an important contribution of occupational therapy in the approaches involved in maximizing occupational potentialities and engaging in meaningful and transformative activities.

**Keywords:** Primary health care; Activities of daily living; Chronic disease, Diabetes mellitus; Occupational therapy.

## Resumen

**Introducción:** La Diabetes Mellitus es una enfermedad de fondo metabólica causada por poca producción de insulina, siendo el tipo 2 responsable del 90% de los casos. De acuerdo con la Sociedad Brasileña de Diabetes, la diabetes es casi una epidemia en términos de personas afectadas, de potencial incapacitante, de mortalidad prematura y onerosa tanto para su control y en el tratamiento de sus complicaciones. **Objetivo:** identificar el desempeño ocupacional de personas diabéticas acompañadas en un servicio de atención básica en el Sistema Único de Salud. **Método:** Se realizó una investigación cualitativa, exploratoria, con cuatro participantes, siendo ellos diabéticos tipo 2, de ambos sexos, acompañados por el servicio de salud de una de las ciudades de la Región Metropolitana de la *Baixada Santista*. Los datos fueron recolectados a través de narrativas, posteriormente analizadas utilizando el análisis de contenido. Se señalan los resultados que las áreas con más cambios en el desempeño ocupacional fueron: alimentación, actividad sexual, control de esfínter, gestión y mantenimiento a la salud. **Consideraciones finales:** el apoyo a la adopción de hábitos y rutinas que previenen complicaciones y promueven salud a diabéticos puede ser una importante contribución de la terapia ocupacional en enfoques implicados con la maximización de las potencialidades ocupacionales y el compromiso en actividades significativas y transformadoras.

**Palabras clave:** Atención primaria en salud; Actividades cotidianas; Enfermedades crónicas; Diabetes Mellitus; Terapia ocupacional.

## 1 INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico caracterizado pela hiperglicemia, quando o organismo apresenta incapacidade total ou parcial para metabolizar a glicose. A diabetes ‘tipo 2’, geralmente acomete pessoas acima de 40 anos, sendo o mais frequente, totalizando 90% dos casos. Trata-se de um problema de saúde considerado uma Condição Sensível à Atenção Primária, pois um bom manejo clínico nas unidades básicas de saúde é capaz de evitar mortes e internações relativas às complicações cardiovasculares e cerebrovasculares que podem advir em decorrência da falta de controle das taxas glicêmicas<sup>1,2</sup>.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>3</sup> é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de potencial para produzir incapacidade, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. E, por não produzir sintomas no início, na maior parte dos casos, esse problema costuma passar despercebido.

A manutenção de altas taxas de glicose sanguínea pode causar sérios danos à saúde, como a dificuldade circulatória e com isso o desenvolvimento de retinopatia, nefropatia, "pé diabético", infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e infecções<sup>4</sup>. Há também uma prevalência de quadros de depressão pelo menos três vezes maior do que a verificada na população adulta não diabética<sup>1</sup>.

As limitações de diversas ordens impostas pela DM, tais como as restrições nutricionais, a necessidade do uso contínuo de medicamentos, frequentemente sob forma injetável, a frustração pela dificuldade de alcançar as metas de controle, a possibilidade de sofrer discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho, e as incapacidades decorrentes das complicações em estado avançado, fragilizam emocionalmente e psicologicamente as pessoas diabéticas e comprometem sua autoestima, abrindo o caminho para quadros de depressão<sup>1</sup>.

Nesse sentido, é fundamental realizar uma abordagem global da pessoa com diabetes, levando-se em consideração o nível educacional, as condições sociais, econômicas e emocionais, a idade, o tempo de evolução da doença, o nível da glicemia, a presença de complicações, entre outras, que deverão ser analisadas e consideradas de maneira criteriosa.

A DM bem como as demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem importantes problemas de saúde pública, cujos fatores de risco podem ser classificados em três grupos: os de caráter hereditário; os ambientais e socioeconômicos e os comportamentais. Dentre os três grupos de fatores de risco, é de suma relevância a atuação sobre os comportamentais, ou seja, sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são preveníveis<sup>5</sup>.

Bem como, se faz necessário um olhar atento para as alterações da funcionalidade, que geralmente estão presentes em diabéticos, devido à perda de massa muscular, diminuição de sensibilidade, alterações de força e comprometimento visual. Sobre desempenho ocupacional a AOTA<sup>6</sup> refere como sendo uma variável muito individualizada, no modo como cada pessoa lida com sua complexidade e multidimensionalidade, no entanto, sendo de grande valor para um atendimento terapêutico.

Esse artigo tem como objetivo identificar o desempenho ocupacional de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus acompanhadas em um serviço de atenção primária de saúde do SUS, buscando apreender de que maneira administram suas atividades de vida diária e ações de autocuidado e busca de melhor qualidade de vida.

586

## 2 MÉTODO

A pesquisa foi aprovada no Comitê de ética em Pesquisa de uma Universidade Pública, sob parecer nº 1814141/2017. Os participantes assinaram e rubricaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 466 de 12/12/2012, antes de realizarem a narrativa com garantia de sigilo na divulgação dos dados.

Participaram da pesquisa quatro usuários diabéticos que utilizam o SUS de uma cidade da Região Metropolitana da Baixada Santista, sendo dois homens e duas mulheres, sem problemas cognitivos, que se disponibilizaram para realização dos encontros. Todos participantes fazem apenas acompanhamento clínico com o médico e/ou enfermeira em uma Unidade Saúde da Família.

O convite para participar da pesquisa foi realizado no acompanhamento da consulta para entrega de insumos aos usuários diabéticos, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participação. Aos que aceitaram participar da coleta de dados foram agendados os dias para realização da narrativa de história de vida na residência

do usuário ou outro local de conveniência dos mesmos, onde relataram como desempenham suas ocupações e as complicações que tiveram após o diagnóstico da DM. Pela dificuldade em combinar as datas e horários entre entrevistador e entrevistado, para alguns a entrevista aconteceu em dois encontros menores e para outros em um encontro estendido.

Foi escolhido para essa pesquisa o recurso da narrativa, que consiste em um instrumento completo para um estudo qualitativo. Para Rodrigues<sup>7</sup> a memória individual tem o poder de recordar, visitar, reviver e modificar fatos marcantes de nossa vida, expressando a identidade do sujeito.

Assim, três narrativas foram realizadas nas casas dos usuários e uma no ambiente de trabalho. A escolha do ambiente domiciliar permitiu compreender o território em que está inserido o participante e conferiu uma sensação de segurança e privacidade ao mesmo.

As narrativas de histórias de vida foram transcritas literalmente, lidas e organizadas para melhor compreensão do cotidiano dos participantes. Os dados foram analisados utilizando a análise de conteúdo que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas<sup>8</sup>. Pensando em preservar a identidade dos participantes, utilizou-se a letra P seguida de um número de 1 a 4, conforme a ordem em que se deram as narrativas, para assim representá-los.

A análise de dados foi realizada através do método qualitativo, que segundo Minayo<sup>8</sup> detém-se em aspectos não captáveis em equações, médias e estatísticas. O método de pesquisa exploratória serviu para familiarizar as pesquisadoras com o assunto, com intuito de conhecer mais sobre o desempenho ocupacional de pessoas diabéticas, desta forma, podendo assim explorar os fatos passados para compreensão dos fatos atuais. Os resultados foram categorizados segundo as ocupações que os participantes realizam com ou sem limitações em decorrência da doença, sendo essas categorias: Atividades de vida diária (AVD), Atividades instrumentais de vida diária (AIVD), Descanso/Sono, Educação, Trabalho, Lazer e Participação Social<sup>6</sup>.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes da pesquisa, pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 será apresentada a seguir, na tabela 1, com informações, referentes à idade, sexo, naturalidade, escolaridade, profissão e estado civil.

**Tabela 1-** caracterização dos participantes

Participante	Idade	Sexo	Natural	Profissão	Escolaridade	Estado civil
P1	73	Masculino	Jacuípe- Al	Feirante	Não alfabetizado	Casado há 33 anos
P2	45	Feminino	Praia Grande- SP	Vendedora	Técnico em contabilidade	Divorciada há 10 anos
P3	73	Masculino	Praia Grande - SP	Vendedor autônomo	Técnico em corretor de imóveis	Casado há 50 anos
P4	73	Feminino	Iguatu - CE	Aposentada	Não alfabetizada	Separada cerca de 40 anos

588

### 3.1 Como tomaram conhecimento da doença

De acordo com as narrativas analisadas todos os sujeitos entrevistados já conviviam há mais de 20 anos com o diagnóstico da DM. Os diagnósticos foram apresentados após exames de rotina no caso dos participantes (P3 e P4) tendo dado início ao tratamento logo após notificação médica. Já os participantes (P1 e P2) apesar de notificados do diagnóstico da diabetes retardaram o início de tratamento, tendo se sujeitado ao tratamento apenas após complicações clínicas que acometeram o pâncreas.

*“Há 35-36 anos atrás matei o verme da esquistossomose, mas o veneno ficou... Foi quando a dengue me pegou, baixou as plaquetas, a imunidade caiu, juntou o veneno dele, com o da dengue e acabou com o meu fígado. O pâncreas não aguentou, eu já tinha diabetes, mas não tomava medicamentos... Tive que ir para insulina. Atualmente não uso mais insulina, porque estava fazendo mal ...” (P1)*

*“Em 2000 peguei uma diabete gestacional... Gravidez beleza, não levei a sério.... Em 2015 eu tive uma doença chamada Pancreatite aguda...foi ai que comecei a levar a sério a diabetes de 2015 para cá” (P2).*

*“...não lembro qual exame fui fazer e o médico falou que eu estava diabético tem uns 30 anos mais ou menos” (P3).*

*“... daí quando a coisa ficou preta mesmo tive que passar para insulina, foi depois que tirei a perna, já vai fazer dois anos que tirei a perna...Fiquei muito tempo tomando remédio, tem uns 40 anos que sou diabética, eu não sabia, eu sentia aquela indisposição, aquela coisa, mas eu nunca vi nem falar em diabetes, nem sabia... eu vivia passando mal, porque quando a diabete baixa a gente passa mal pra caramba, né!” (P4).*

589

Os relatos mostram que os participantes tomaram ciência da diabetes por causa de outras complicações clínicas, não necessariamente relacionadas aos sintomas da DM, o que parece confirmar o caráter insidioso da doença.

A doença, para o modelo da ocupação humana, possui potencial de interromper ou romper a ocupação; e a ocupação é reconhecida como um organizador natural do comportamento humano que pode ser usado terapêuticamente para reorganizar ou refazer o comportamento cotidiano<sup>9</sup>.

A análise será apoiada no quadro teórico de uma estrutura de prática preconizada pela AOTA<sup>6</sup>, em que serão indagadas as áreas de ocupações dos sujeitos entrevistados, a saber: Atividades de vida diária, Atividades instrumentais de vida diária, Trabalho, Participação Social, Descanso/Sono, Educação, Lazer e outras complicações.

### **3.2 Atividades de vida diária (AVDs)**

De acordo com AOTA<sup>6</sup>, estas são atividades orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo, sendo fundamentais para a vida no mundo social, de maneira a permitir a sobrevivência básica e o bem-estar.

Em relação às atividades básicas que compõem as ocupações cotidianas dos participantes da pesquisa, tais como alimentação, banho, higiene pessoal e controle de esfínteres, verificou-se que os participantes eram independentes para a higiene pessoal e banho antes da diabetes, e apenas por questões de outras enfermidades posteriores ao diagnóstico, que chegaram a depender de ajuda na AVD mobilidade funcional, mas por um tempo determinado, como se pode observar nos depoimentos.

*“Tive necessidade de ajuda quando fiquei doente do fígado, pois não aguentava ficar de pé...” (P1).*

*“No começo as meninas me ajudavam a transferir de cadeira, mas agora já consigo” (P4).*

590

Através do relato de P4 percebe-se que em decorrência da amputação houve alteração não apenas na AVD mobilidade funcional, como também, em ações relacionadas à higiene íntima e pessoal, havendo necessidade de reajustar as novas possibilidades para o fazer, o que “[...] pode representar um desafio tanto para a pessoa quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição de estar diabético e amputado afeta a vida como um todo, alterando drasticamente o cotidiano” (p.245)<sup>10</sup>.

Com relação a higiene pessoal e autocuidado foram principalmente às mulheres que sentiram as mudanças, influenciadas por ações de terceiros.

*“Fazia muito as unhas, até que uma infeliz há dois anos enfiou um alicate que meu dedo ficou enorme... e falaram que eu ia perder meu dedo. Não faço mais as unhas, ninguém mais mexe nas minhas unhas...” (P2).*

*“Perdi a vontade, o máximo que faço é cortar o cabelo...agora esse negócio de maquiagem, essas coisas não uso mais nada disso, eu usava antes, mas não uso mais.” (P4).*

Para Castanharo<sup>11</sup> o autocuidado refere-se a atividades cotidianas realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, e podem modificar-se diante dos seus próprios processos de desenvolvimento e envelhecimento, ou de restrições, definitivas ou temporárias, originadas pelo adoecimento.

Em relação ao controle de esfíncter, todos perceberam que aumentou significativamente a dificuldade com relação ao controle, após o diagnóstico, mas principalmente pelo uso de medicamentos hipertensivos, acreditam que tenha ocorrido um aumento do fluxo urinário.

*“O diabetes faz urinar muito. Todo diabético urina muito, e depois é pior, tem que tomar remédio da pressão, o Hidroclorotiazida e o bichinho é terrível” (P1).*

591

*“Quando a diabete tá alta faço xixi toda hora... quando passo nervoso também já viu...” (P4).*

A continência pode ser considerada uma condição essencial para o indivíduo de forma particular, em ambiente familiar e na sociedade sendo que pessoas que têm pouco ou nenhum controle esfinteriano mostram que esse problema resulta em sentimentos de vergonha e situações vexatórias capazes de interferir nos hábitos de vida e influenciar no convívio social. Apesar das incontinências urinárias e fecal não causarem risco a saúde, podem ocasionar isolamento social, diminuição de autoestima e situações constrangedoras em público<sup>12</sup>.

Ser idoso, diabético e ter de conviver com esta doença faz a pessoa sentir-se impotente, frágil, com medo e com alteração na qualidade do sono. Tais sentimentos têm como consequência mudanças na qualidade de vida, na autoimagem e na autoestima<sup>12</sup>.



Quanto a atividade sexual, a AOTA<sup>8</sup> define como o ato de envolver-se em atividades que proporcionam satisfação sexual e / ou satisfazer as necessidades relacionais ou reprodutivas. E nas narrativas foi possível perceber uma insatisfação em comparação ao período em que antecedeu o diagnóstico de diabético.

A Organização Mundial de Saúde<sup>13</sup> afirma que a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, fatores psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais.

*“A minha caiu, mas não foi por causa da diabetes não. Por causa do fígado porque quando não tinha o problema no fígado não tinha esse problema não” (P1).*

*“Era boa, antigamente era cachorrona, nossa não podia tá menstruada parecia que tava no cio... Atualmente é uma bosta... Já estou no climatério também, eu hoje levo tudo numa boa” (P2).*

*“Isso aqui mudou muito, antes de ter diabetes era uma coisa. Agora tá bem ruim. A pressão arterial também influi né nesse negócio de sexo. E eu tenho pressão alta” (P3).*

592

Na atividade sexual os participantes percebem como acabamos de pontuar que houve uma alteração, mas alegam outros fatores como desencadeantes, além da diabetes, como: problemas no fígado, climatério e hipertensão. Vieira<sup>14</sup> afirma que os fatores biológicos podem influenciar no desempenho e qualidade da atividade sexual.

### **3.3 Atividade instrumental de vida diária (AIVDs)**

São atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas que as utilizadas nas AVDs<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva, alguns pontos das narrativas mereceram destaque por apontarem modificações nessas atividades de desempenho ocupacional ao longo dos anos de vida dos

participantes. Um dos pontos que se destaca foi o de gerenciamento e manutenção da saúde, pois é notório que com o diagnóstico da diabetes e mais ainda pelos agravantes advindos, a necessidade de realizar tratamento médico por ter uma doença crônica ganhou mais espaço em suas rotinas diárias.

*“... nunca me senti doente, então não ia ao médico. Só depois da diabetes que comecei a ir mais a médico” (P1).*

*“Não ia, affff... Maria. Só comecei a tratar quando deu problema” (P2).*

*“Antes só ia ao médico se sentia alguma coisa, do contrário... mas antes da diabete eles (família e marido) para quê ir para médico...” (P4).*

593

Cada um dos participantes aderiu ao tratamento parcialmente, uma vez que não seguem exatamente as orientações fornecidas. Sendo a maior dificuldade o controle no consumo alimentar.

A alimentação foi um tema em que todos os participantes apresentaram questões devido às restrições alimentares que acompanham a doença. Estando relacionado à quantidade da ingesta e a dificuldade de autocontrole para resistir aos excessos. Como é possível conferir em suas respostas de como agiam antes e após a diabetes.

*“Acredito que alimentação influenciou a ser diabético, pois comia muito doce... Agora a gente evita muitas coisas né. Doce, por exemplo, e tem que comer menos, eu como de tudo. Só o doce que evito, mas tem dia que vou para feira volto e monto o prato oh! (gesto de montanha)” (P1).*

Para Péres<sup>15</sup> a mudança de hábitos, depois de diagnosticada a DM, no que se refere à alimentação, é um processo lento e complicado, pois estes hábitos estão relacionados a três fatores complexos: a história cultural e familiar; ao fator econômico, que se refere aos custos; e finalmente ao social, que está relacionado aos padrões alimentares. A violação e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida da pessoa com diabetes.

*“O difícil é a dieta porque não pode comer nada que gosta, como pouco, mais como o que gosto. Agora pouquinho” (P3).*

Como o controle alimentar é entendido dentro da ótica da privação, do “regime”, as crenças prevalentes enfatizam a restrição, acentuam o “não pode”, em detrimento das outras possibilidades que se abrem, como os ganhos na qualidade de vida caso o diabético consiga manter os níveis glicêmicos equilibrados alimentando-se de forma balanceada e em intervalos regulares<sup>15</sup>.

É, sobretudo, por meio das restrições alimentares que o diabético toma consciência de suas limitações. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imprescindível de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana dos participantes diabéticos<sup>14</sup>.

Entre todas as ocupações, a da alimentação por estar atrelada aos hábitos alimentares que o acompanham ao longo da vida, e que agora exige maior autocontrole para garantir um nível glicêmico adequado e constante é que acabam não acatando as orientações médicas, cedendo aos seus desejos e prazeres alimentar, mesmo que minimamente.

É possível perceber também, que as limitações advindas pelo diagnóstico da diabetes comprometeram o engajamento nas atividades relacionadas à limpeza de casa, mas os participantes nem sempre associam tal fato com a diabetes.

*“Por cisto no joelho, sinto muita dor, tô pesada, do quadril para baixo é ruim. Minha vida é sentada, um pouco que faço tem que ser devagarinho, hoje moro num sobrado, mas não subo mais, porque range os ossos. Deu artrose” (P2).*

*“...agora ajudo pouco, lavo louça, varro a casa, me canso mais que o normal...” (P3).*

*“Era eu que fazia... não dá pra mim fazer né, não dá, para pôr roupa no varal, tudo que for aqui (referindo altura dela sentada na cadeira) pra lavar a louça, às vezes eu lavo...não faço em casa quase nada” (P4).*

As limitações descritas pelos participantes, apontam que os agravantes como a amputação e os problemas osteomusculares que limitam os movimentos, dificultando a execução de algumas tarefas, bem como os problemas cardíacos que exige maior gasto energético, causando maior fadiga.

Nas Atividades e expressão religiosa e espiritual percebe-se uma maior necessidade da proximidade com a presença divina após experimentarem complicações clínicas.

595

*“Sempre fui católico... Após doença Jesus chegou me disse: quero ver sua fé” (P1).*

*“Quando eu tava internada eu levei a Bíblia para lá, eu li uma passagem de Deus dizendo que ia me dar mais uma chance” (P2).*

*“Isso ai é que me sinto chateada, porque não posso ir pra igreja, era católica, não posso ir pra igreja, queria ir naqueles dias que tem mais oração” (P4).*

De acordo com estudos realizados<sup>16</sup> o maior apego à religião e espiritualidade podem ser mecanismos de enfrentamento para pacientes diabéticos, e podem promover bem-estar, estando associada a menor quadro de depressão entre diabéticos tipo 2.

O que se percebe é que para esses participantes a religião como ato de fé, tem sido um mecanismo de superação e conforto frente às dificuldades impostas pela doença.

### 3.4 Trabalho

Essa ocupação é entendida como o ato de fazer, construir, fabricar, dar forma, moldar ou modelar objetos, tarefa que exige esforço, organização, planejamento, avaliação do serviço ou processo, compreendendo que após executadas poderão ou não ser remunerado financeiramente<sup>6</sup>.

O trabalho tem uma função social e uma função psíquica por ser um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados e como elemento fundamental na constituição de redes de relações sociais e de trocas afetivas e econômicas que acontecem na vida cotidiana das pessoas<sup>17</sup>.

A participante 2 apresenta na sua narrativa que sempre foi muito focada na sua atividade profissional, para garantir o sustento de sua família e ao mesmo tempo assegurar a sua diversão que via como recompensa pela sua dedicação extrema ao trabalho.

*“Eu só trabalhava, não tinha férias, entrava cedo e saía tarde, sempre focada no trabalho” (P2).*

596

No discurso a seguir é possível notar como com esse participante as relações e as trocas afetivas influenciam sua atividade de trabalho, que é avaliado como uma atividade prazerosa e significativa:

*“...ser feirante para mim foi bom me divirto faço amigos, eu gosto de ser feirante. Para dizer que trabalho e 30 min por dia (montar e desmontar). É uma parceria...” (P1).*

Além de proporcionar relações sociais e trocas afetivas Lancman<sup>18</sup> entende que o mundo do trabalho pode gerar sofrimento físico e psíquico, precarizar a qualidade de vida, desgastar e adoecer o trabalhador. O relato abaixo ilustra o sofrimento psíquico do trabalhador na busca por soluções para as necessidades da sobrevivência.

*“Assim que aposentei fui exercer a profissão de corretor, só que agora não vendo mais nada porque com essa política. Isso também influi na saúde da gente...” (P3).*

A ocupação humana “trabalho” evidenciou seu potencial de proporcionar satisfação aos participantes, sendo que a ausência dessa atividade responsável pela subsistência tem desencadeado outras preocupações que impactam sobre seu estado de saúde.

### **3.5 Participação Social**

Entende-se por participação social<sup>6</sup> uma inter-relação de ocupações que podem envolver familiares ou comunidade e amigos, em situações sociais, onde ocorrem suporte social, interdependência, podendo se desenvolver por meios tecnológicos ou pessoalmente, formando uma rede social.

O engajamento em situações de vida social constitui-se em aspecto muito importante para o participante com DM e influencia um viver saudável, mantém vínculos além dos muros da sua casa. No entanto, a participação social pode ser restringida devido a barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais, influenciando na autonomia dos sujeitos<sup>19</sup>.

597

*“Não tinha vida social muito ativa, só ia trabalhar” (P1).*

*“Era muito gostosa. Saía quarta, quinta, sexta, sábado, domingo... A minha vida social já era, agora é mais ligada ao trabalho” (P2).*

*“Só participava do trabalho e da igreja, não tinha outros ambientes... Agora só participo em casa com a família... meu passeio é para o médico... (neta: mas também não sente a vontade por causa da perna) eu não gosto, eu vou chegando as pessoas ficam olhando, aquilo me constrange...” (P4).*

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aborda a participação social como um dos componentes importantes na saúde do indivíduo e para promoção de políticas de inclusão social.

Dentro dessa perspectiva, o papel do terapeuta ocupacional seria de suma importância para fortalecimento das redes de suporte tanto pessoal, quanto familiar e âmbito social, estimulando o empoderamento, favorecendo a autoconfiança.

### **3.6 Descanso e Sono**

O descanso e sono são atividades reparadoras para apoiar a saúde e o envolvimento ativo em outras ocupações<sup>6</sup>.

O sono é essencial ao ser humano, tanto quanto a alimentação ou oxigênio. Sendo essencial para homeostasia das funções orgânicas, que podem influenciar no sistema imunológico, cognitivo e musculoesquelético, porém no caso dos diabéticos, o sono, pode comprometer o controle metabólico por desordens no ciclo dos hormônios<sup>20</sup>.

598

*“Nunca fui de dormir muito, trabalhava a noite e de dia, então sempre dormi pouco...então só vivia com sono. Eu parava tava cochilando” (P1).*

Destaca Potter<sup>21</sup> que, a sonolência diurna excessiva é a queixa mais comum associada aos distúrbios do sono.

*“Não tinha um bom descanso ou sono bom, pois era muito baladeira...até insônia já tive. Hoje tenho qualidade de sono melhor” (P2).*

A Sociedade Brasileira de Sono<sup>22</sup> refere-se à insônia como “um sintoma que pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, presença de sono não reparador, ou seja, insuficiente para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento consequente do desempenho nas atividades diurnas”.

*“Eu tinha problema com sono antes, mas tomava remédio fraco só mais para controle... Quando fico nervosa só durmo na base do remédio, eu tenho que tomar remédio para poder dormir, tomo dois tipos de remédio, todos os dias...” (P3)*

Os medicamentos utilizados no tratamento dos distúrbios do sono provocam distorções no padrão de sono, pois podem deprimir ou reduzir a resposta do córtex cerebral aos estímulos e produzir estado de vigília, ansiedade e depressão<sup>21</sup>. A utilização de medicamentos para melhorar o padrão de sono em diabéticos pode provocar mais problemas do que benefícios<sup>23</sup>. Nesta direção, cabe lembrar que diabéticos idosos, geralmente, tomam diversos medicamentos para controlar a diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, entre outros, podendo os efeitos combinados de vários medicamentos comprometer o seu padrão de sono.

### 3.7 Lazer

599

O lazer é uma atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e realizada durante o tempo livre, ou seja, o tempo não comprometido com ocupações obrigatórias, tais como trabalho, autocuidado ou sono<sup>6</sup>.

A Associação Mundial de Recreação e Lazer, através da Carta Internacional de Educação para o Lazer<sup>24</sup>, aponta que o lazer inclui a liberdade de escolha, criatividade, satisfação, sendo uma forma de promoção da saúde, visto como um recurso para melhorar a qualidade de vida.

Dentro disso nos confrontamos com relatos de pessoas que julgam ter pouco lazer, mas somente uma participante atribui seu pouco lazer ao fato de ser diabética.

*“Que lazer? O meu lazer era o dia de folga que ia pescar... Vou sempre sozinho, tenho medo, porque onde pesco é cheio de pedra...” (P1).*



*“...agora o que virou, não saio mais, festa esquece eu não vou, para ir a uma festa e não poder comer um doce eu fico na minha casa” (P2).*

Dessa forma, para Martinelli<sup>25</sup>, as atividades de lazer se constituem como possibilidades de realização pessoal, uma vez que dependem da própria escolha e interesse individuais. Entretanto, ela entende que o lazer não é visto como algo importante na vida das pessoas, além, de ser uma atividade a que poucos têm direito e acesso e comumente estando associado a condições financeiras para ser realizado, ou seja, imputa a necessidade de recursos econômicos para a sua efetivação. Outro fato é que o lazer não é entendido como uma atividade de fundamental importância, assim como é o trabalho.

O lazer pode, assim, adquirir um caráter de descobertas e expressão de capacidades a ser explorado pelo terapeuta ocupacional, compreendendo que o lazer deva ser valorizado enquanto instrumento facilitador de contatos sociais, de expressões e manifestações culturais, liberdade e autonomia, contribuindo para a formação do indivíduo como pessoa e como cidadão<sup>25</sup>.

600

### **3.8 A abordagem a pessoas com diabetes e possíveis contribuições da Terapia Ocupacional**

O conjunto das narrativas revela o quanto a DM promove rupturas no cotidiano e na realização das atividades na vida dos sujeitos entrevistados. Conviver com uma doença crônica requer cuidados rotineiros e uma relação mais frequente com serviços de saúde, realizar atendimentos ocasionais com serviços especializados devido às comorbidades associadas, buscar além do ofertado pela atenção básica. Essa por sua vez, precisa estar articulada com os serviços de especialidades e de reabilitação, pensando em estratégias que previnam agravos no quadro clínico e buscando na rede o cuidado às sequelas e complicações.

Sabe-se que o tratamento da DM tem sido oneroso, porém, pode-se amenizar gastos investindo na prevenção primária junto a familiares de pacientes diabéticos e na prevenção secundária, evitando agravos no quadro clínico dos usuários do serviço de atenção básica, assegurando um atendimento ininterrupto, articulado em rede, proporcionando soluções para determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) poderia assumir um papel de articulação entre as equipes de Atenção Básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado<sup>1</sup>, evitando tanto a medicalização excessiva como a desassistência pela dificuldade de acesso a alguns profissionais.

Uma das estratégias de prevenção das complicações relacionadas à DM é a mudança no estilo de vida das pessoas com DM, e este processo de educação em saúde e mudança de hábitos nem sempre acontece de forma linear e de modo fácil para os participantes.<sup>26</sup>

Uma contribuição importante da Terapia Ocupacional reside em apoiar o usuário a empreender mudanças em seus hábitos cotidianos que melhorem sua condição clínica e seu bem-estar. Importante partir de uma escuta atenta sobre quais atividades são de fato significativas para os sujeitos, e quais atividades importantes deixou de fazer quando se tornou uma pessoa com diabetes. Para Benetton<sup>27</sup> esse processo tem como objetivo principal a inserção social e a construção ou manutenção da dignidade da experiência e da ação cotidiana. Mas, para que este processo se concretize, é necessário conhecer o sujeito e seu cotidiano, o indivíduo nas suas atividades e relações, ou seja, não apenas conhecer o diagnóstico médico ou o conjunto de sintomas, mas quem é o sujeito, o que ele faz e em quais condições, faz-se necessário, portanto um diagnóstico situacional<sup>28</sup>.

Uma abordagem em terapia ocupacional somente centrada na prescrição de rotinas e atividades para a remissão dos sintomas acaba por não levar em conta a complexidade das experiências de vida desses usuários. Importante que os usuários possam ser apoiados a reconhecer e experimentar o potencial da ocupação criativa, significativa e transformadora<sup>28</sup>.

As rupturas no cotidiano que os usuários diabéticos vivenciam devem ser identificadas e percebidas como elementos motivadores para provocar transformações. A terapia ocupacional deve instigá-los a colocarem-se em ação e a ampliar sua capacidade de construção de novos cotidianos, instigá-los a fazer as atividades que lhe interessam de novas maneiras, a experimentar e/ou aprender novas atividades em novos ritmos e tempos, seja de maneira mais independente, seja com o apoio das pessoas de seu entorno, mas sempre visando a participação ativa desses sujeitos no seu processo de autocuidado e nas decisões sobre sua vida.

Desta forma, ao auxiliar o indivíduo na mudança de comportamentos e rotinas, os profissionais de saúde não só estariam lhe apoiando a construir estratégias de enfrentamento

dessa doença crônica, mas convidando esse sujeito a refletir criticamente sobre o que limita seu desempenho nas atividades diárias importantes para sua vida e apoiando-o não só a adaptar-se a uma nova condição, mas a transformar a si mesmo e a seu entorno<sup>26</sup>.

Esse processo de cuidado deve ocorrer de forma acolhedora, e segundo Franco, Bueno e Merhy<sup>29</sup>, os espaços de intercessão criados pelo acolhimento visam à produção de relações de escuta e responsabilização, que produzem vínculos e compromissos em projetos de intervenção. A medida que o usuário participa do seu processo de saúde de forma mais ativa, ocorre uma melhor adesão ao seu tratamento, e é possível sair do lugar passivo de paciente e tornar-se agente de seu processo de produção de saúde<sup>29,30</sup>.

O terapeuta ocupacional poderia enfatizar a prevenção das complicações crônicas decorrentes da DM, permitindo que a pessoa atendida e seus familiares atentem para situações perigosas e/ou danosas causadoras de sequelas irreversíveis. No entanto, diante de comprometimentos instalados, o profissional faz uso de adaptações, técnicas e equipamentos que minimizem a limitação funcional, o isolamento e o afastamento social.

Os objetivos seriam centrados em promover uma atividade metódica para ajudar na regulação da insulina; apoiar a melhoria dos conhecimentos sobre sua dieta, mediante o planejamento e a preparação dos alimentos; avaliar e orientar adaptações diante de complicações que levam a perdas da visão, da sensibilidade ou amputação, entre outros; além de promover apoio emocional.

602

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde para as pessoas que convivem com DM precisa ter um enfoque comunicativo, sistêmico e processual, de maneira tal que suas experiências e emoções possam ser a principal preocupação do terapeuta ocupacional em sua intervenção. As narrativas de pessoas diabéticas apontam a necessidade de se investir em estratégias mais potentes de sensibilização e conscientização desses sujeitos para o enfrentamento da doença e seus agravantes. É importante que compreendam que mudanças em seus hábitos de vida não precisam ser sempre penosas e restritivas, e que com apoio de profissionais na reconstrução de uma rotina que inclua atividades prazerosas para cada sujeito e que também sejam promotoras de saúde e bem-estar, é possível evitar os agravos clínicos e as sequelas incapacitantes. Conforme as pessoas com DM compreendam a necessidade de tratamento por

toda a vida e engajem-se no autocuidado, é possível reduzir custos orçamentários dele e do próprio sistema de saúde, ampliando sua expectativa de vida.

É importante destacar que atividades educativas e programas de promoção à saúde também devem ser destinados aos familiares de pessoas com DM, uma vez que o fator genético, ambiental, alimentar podem ser fatores desencadeantes do quadro clínico de diabetes.

Mediante o exposto é possível tecer reflexões sobre o desafio colocado para pessoas com DM na construção de novos hábitos e rotinas de autocuidado para evitar as complicações e incapacidades advindas da descompensação dos níveis glicêmicos, e na necessidade de apoio de profissionais da saúde, como por exemplo, o terapeuta ocupacional, que pode atuar de forma direta ou no matriciamento de equipes de saúde da família em abordagens baseadas na maximização das possibilidades ocupacionais de sujeitos e grupos e que reconheça o potencial do engajamento em atividades significativas, criativas e transformadoras<sup>28</sup> como promotoras de bem-estar.

Uma melhor articulação entre a atenção básica e atenção secundária é fundamental, visto que quanto mais tardiamente são diagnosticadas alterações oftálmicas, renais, nervosas, vasculares, entre outras, podendo levar até mesmo a óbito. Quando o cuidado é realizado de forma adequada e em tempo hábil, torna-se possível prevenir deformidades e mesmo a invalidez.

Acreditamos que o atendimento interprofissional seja a estratégia mais adequada para essa população que precisa deixar de ser olhada de maneira fragmentada, mas compreendida em sua totalidade, pois da maneira como vem se dando seu atendimento dentro de um serviço de saúde com profissionais atuando de forma desarticulada, suas questões vão sendo avaliadas em alguns contextos e desconsideradas em outros, o que muitas vezes acaba por comprometer a eficácia das intervenções.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, n.36. Brasília; DF: 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategiascuidadodoencacronicadiabetesmellitus.pdf> Acesso em: 29/10/2015.

2. Goulart FAA. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde.** Brasília; 2011. Disponível em [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf) . Acesso em: 23/11/2014.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Pesquisa mostra desconhecimento da população sobre diabetes.** Nov; 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/pesquisa-mostra-desconhecimento-da-populacao-sobre-o-diabetes>> Acesso em: 29/10/2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Brasília; DF: set/2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2052-diabetes> Acesso em: 29/10/2015.
5. Brasil. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília; DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2001. Disponível em [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/reorganização\\_plano.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/reorganização_plano.pdf) Acesso em: 30/10/ 2015.
6. Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2015; 26:1-49. Edição especial.
7. Rodrigues LG. **A arte das narrativas orais urbanas: performance, história, memória e ficção.** Porto Alegre: Instituto de Letras; 2010.
8. Minayo MCS. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 21ªed; 2002.
9. Francisco BR. **Terapia Ocupacional.** Campinas, SP: Ed Papyrus, 2ª ed; 2001.
10. Batista NNLAL, Luz MHBA. **Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros.** Revista Brasileira de Enfermagem; 2012; 65(2): p.244-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a07.pdf>. Acesso em: 29/11/2016.
11. Castanharo RCT; Wolff LDG. **O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar; 2014; 22(1): p.175-18. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/977>. Acesso em: 25/11/2016
12. Salomé GM; Oliveira TF; Pereira WA. **O impacto da incontinência urinária na autoestima e autoimagem de pacientes diabéticos.** ESTIMA; 2016; 14(3): p.127-136. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/312100011\\_O\\_impacto\\_da\\_incontinencia\\_urinaria\\_na\\_autoestima\\_e\\_autoimagem\\_de\\_pacientes\\_diabeticos](https://www.researchgate.net/publication/312100011_O_impacto_da_incontinencia_urinaria_na_autoestima_e_autoimagem_de_pacientes_diabeticos). Acesso em: 20/12/2016.
13. Organização Mundial da Saúde. **Definindo saúde sexual: relatório de uma consulta técnica sobre saúde sexual.** Genebra; 2002. Disponível em [www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf](http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf) Acesso em: 27/11/2014.
14. Vieira KFL. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais.** 2012. 234f Tese (doutorado) Universidade federal da Paraíba,

Jão Pessoa, 2012. Disponível em: <http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/6908> Acesso em: 30/05/2014

15. Peres DS; Santos MA; Zanetti ML; Ferronato AA. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.** Revista Latino-americana de Enfermagem. 2007; 15(6): p.1105-1112. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16184/17871>. Acesso em: 02/02/2017.

16. Santos ECB. **O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador.** Rev Latino-am. Enfermagem. 2005 maio-junho; 13(3): p.397-406. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 01/12/2016.

17.Sridhar GR. **Diabetes, religion and spirituality.** Int J Diabetes Dev Ctries; 2013 Jan.–March; 33(1): p.5–7. Disponível em: <http://paperity.org/p/8848472/diabetes-religion-and-spirituality> Acesso em: 03/11/2017.

18.Lancman S. **Psicodinâmica do trabalho.** In: Cavalcanti A; Galvão C. Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

19. World Health Organization. **International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF).** Genebra: WHO; 2001. Disponível em: <  
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>> Acesso em: 21 ago. 2015.

20. Almeida BRS. **A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico.** Brasília: [s.n]; 2015. 65f. Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2015. Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/11540/1/2015\\_BrunoRatierSaconideAlmeida.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/11540/1/2015_BrunoRatierSaconideAlmeida.pdf). Acesso em: 15/03/2016

21. Potter PA; Perry AG. **Sono.** In: Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

22. Sociedade Brasileira do Sono. **I Consenso Brasileiro de Insônia;** out 2003. Disponível em: [http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/pdf\\_consenso.pdf](http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/pdf_consenso.pdf) Acesso em: 12 /11/2017.

23. Cunha MCB, Zanetti ML, Hass VJ. Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2. Rev Latino-am. Enfermagem; 2008 setembro-outubro; 16(5): p.01-08. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_09.pdf). Acesso em: 3/11/2017.

24. WLRA. **Carta Internacional de Educação para o Lazer.** Disponível em: [http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exib1.asp?cod\\_noticia=195](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exib1.asp?cod_noticia=195) Acesso em: 04 de nov.2017.

25.Martinelli AS. **Lazer na Terapia Ocupacional.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, jan/abr 2011 19(1): p.111-118.

26.Tavares AA; Freitas LM; Silva FCM; Sampaio RF. **(RE) Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo.** Cad. Ter. Ocup.

UFSCar; 2012; 20(1): p.95-105. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/553/367>. Acesso em: 06/01/2017

27. Benetton J. **O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados**. Revista Ceto, São Paulo, 2010; 12(12): p.32-39. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-06.pdf>. Acesso em: 4/11/2017

28. Marcolino TQ. **Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica**. In: Matsukura TS; Salles MM. (orgs). Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo no campo da saúde mental, São Carlos: EdUFSCar; 2016: p.105-122.

29. Franco TB; Bueno WS; Merhy EE. **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública; 1999 abr/jun; 15(2): p.345-353. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 15/03/2015

30. Teixeira RR. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação**. In: Mattos RA, Pinheiro R. (Org.). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003. p.89-111.

---

\* Trabalho realizado sem recurso financeiro e apresentado como Conclusão de Curso na Terapia Ocupacional - UNIFESP *campus* Baixada Santista.

**Contribuição das autoras:** Mírcia Regina Coelho Jacintho de Moraes: trabalhou na concepção do texto, redação do texto, análise e revisão. Stella Maris Nicolau: trabalhou na concepção do texto, redação do texto, análise e revisão. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo: trabalhou na concepção do texto, redação do texto, análise, revisão e organização de fontes.

Submetido em: 20/01/2018

Aceito em: 27/06/2018

Publicado em: 31/07/2018