



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

**CAMPUS – SANTO ANTONIO DE JESUS**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ÁLVARO NIELSON SANTOS CHAVES**

**Itinerários terapêuticos:  
A busca pelo cuidado por pessoas adultas que vivem com doenças  
crônicas**

**Santo Antonio de Jesus**

**2014**

**ÁLVARO NIELSON SANTOS CHAVES**

**Itinerários terapêuticos:  
A busca pelo cuidado por pessoas adultas que vivem com doenças  
crônicas**

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup> Rosa Cândida Cordeiro**

**Santo Antonio de Jesus**

**2014**

**ÁLVARO NIELSON SANTOS CHAVES**

**Itinerários terapêuticos:  
A busca pelo cuidado por pessoas adultas que vivem com doenças  
crônicas**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Santo Antonio de Jesus, BA.

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Rosa Cândida Cordeiro

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Urbanir Santana Rodrigues

Mestre em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Otoni Silva de Queiroz Souza

Enfermeiro e Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, Todo-Poderoso, que foi meu refúgio e fortaleza durante essa jornada.

À minha mãe Ivete, pelo seu amor, dedicação e incentivo, provando e me fazendo acreditar que é possível sonhar.

À minha esposa Gilmeire, por sonhar comigo e me ajudar nessa caminhada me compreendendo e me apoiando nos momentos difíceis.

À minha filha Melissa, que com seu carinho e seu sorriso sempre nas minhas chegadas me impulsionou a continuar.

À minha família pelo apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria imensamente de agradecer a todos aqueles que fizeram desse sonho uma realidade, o tornando possível. Sem a ajuda de vocês jamais alcançaria essa conquista.

Agradeço primeiramente a Deus, pela proteção, e pela sabedoria.

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, por me proporcionar um espaço de aprendizado.

À professora Rosa Cândida Cordeiro, um agradecimento especial pela paciência e dedicação nas orientações.

Aos demais professores, pelo carinho e atenção.

Aos funcionários da Universidade pelo zelo.

À minha querida turma de enfermagem 2009.2 na qual construí grandes amizades e criei laços fraternos;

Ao Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e USF – URBIS III e toda sua equipe, pelo acolhimento e viabilização de campo para estudos e práticas.

À minha família: com vocês ao meu lado, me senti seguro e forte pronto a prosseguir diante das fraquezas e dificuldades;

Aos meus irmãos em Cristo e amigos, por me ajudarem nessa conquista.

"Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses."

*Rubem Alves*

## RESUMO

O termo itinerário terapêutico é aqui utilizado como sinônimo de busca de cuidados e procura descrever os caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. Os estudos sobre itinerário terapêutico tiveram origem na antropologia. Este estudo tem como objetivo compreender os itinerários terapêuticos das pessoas adultas que vivem doenças crônicas. Trata-se de uma revisão sistemática cujos dados foram coletados nas bases de dados BVS e SCIELO. Foram incluídos artigos publicados entre 2003 e 2013, escritos em português, disponíveis integralmente em meio eletrônico. Os dados foram analisados após a triagem baseada na leitura dos títulos, dos respectivos resumos e seleção dos artigos enquadrados nos critérios definidos. Entre os vinte e cinco estudos selecionados, verificou-se que a maioria deles foi produzida na região Sul, nos anos de 2010 e 2012, e possui abordagem qualitativa. O comportamento do adoecido crônico diante da doença e do tratamento, está ligado às suas condições, devido à desorganização no seu senso de identidade e pelas alterações orgânicas resultantes da doença. Entre as principais dificuldades enfrentadas na trajetória da busca pelo cuidado destacaram-se a sua relação com o profissional da saúde, as condições para o atendimento, mudança social e financeira, implicações para o cuidado, transporte e acesso às redes de saúde e dificuldade para estudar. Descreve-se nos artigos como os itinerários terapêuticos a rede de relações; automedicação associada a terapia popular; religiosidade; busca por serviços de saúde. Conclui-se que a busca pelo cuidado é traçada mediante a necessidade que permeia o cenário do qual se vive.

**Descritores:** Comportamento de procura de cuidados de saúde. Doença crônica. Saúde do adulto.

## ABSTRACT

The term therapeutic itinerary is here used as synonymous with seeking care and seeks to describe the paths taken by individuals in an attempt to solve their health problems. Studies about therapeutic itinerary originated in anthropology. This study aims to understand the therapeutic itineraries of adults living chronic diseases. This is a systematic review and data were collected on the basis of VHL and SCIELO. Articles published between 2003 and 2013, written in Portuguese, fully available in electronic media were included. Data were analyzed after sorting based on reading the titles and abstracts of their selection of articles framed on the defined criteria. Among the twenty-five selected studies, it was found that most of them were produced in the South, in the years 2010 and 2012, and has a qualitative approach. The behavior of chronically ill before the disease and treatment, is related to his conditions due to disorganization in his sense of identity and for the organic changes resulting from the disease. Among the main difficulties in the path of the search for care stood out their relationship with health professionals, the conditions to meet, social and financial change, implications for the care, transport and access to networks health, and difficulty studying. It is described in articles as therapeutic itinerary to network of relationships; self-medication associated to popular therapy; religiosity; seeking for health services. We conclude that the search for care is drawn by necessity that pervades the scene in which one lives.

**Keywords:** Behavior of seeking health care. Chronic disease. Adult health.

# SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | 10 |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>   | 14 |
| 2.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: A BUSCA PELO CUIDADO                     | 14 |
| 2.2 ADOECIDOS CRÔNICOS: UMA ATENÇÃO PERMANENTE                         | 16 |
| <b>3 METODOLOGIA</b>   | 19 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO   | 19 |
| 3.2 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA DE REVISÃO                                  | 19 |
| 3.3 LOCALIZAÇÃO DOS ESTUDOS  | 19 |
| 3.4 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ARTIGOS                     | 20 |
| 3.5 ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS  | 21 |
| <b>4 RESULTADOS</b>  | 22 |
| <b>5 DISCUSSÃO</b>   | 28 |
| 5.1 COMPORTAMENTO DO ADOECIDO CRÔNICO DIANTE DA DOENÇA E DO TRATAMENTO | 28 |
| 5.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS NA TRAJETÓRIA DA BUSCA PELO CUIDADO       | 30 |
| 5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE ADOECIDOS CRÔNICOS                     | 32 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 38 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 40 |
| <b>APÊNDICES</b>   | 44 |

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, em decorrência dos processos de urbanização e industrialização, estudos apontam uma transição demográfica e epidemiológica no que tange ao envelhecimento da população no Brasil. Ratificando as projeções divulgadas quanto ao traçar paralelo referente ao Censo de 1991; a população idosa brasileira está mais numerosa e representa maior contingente no número total de habitantes (VISENTIN, 2008), como também a relação ao aumento da prevalência de doentes crônicos, devido às mudanças de hábito de vida, alimentação, sedentarismo e uso abusivo de álcool e tabaco. Ao mesmo tempo, os avanços tecnológicos possibilitam uma rapidez no diagnóstico o que favorece as condutas terapêuticas, reduzindo assim a mortalidade e viabilizando maiores chances de sobrevivência.

A maioria dos indivíduos com doenças crônicas evidenciam momentos de crises e apresentam um quadro agudo, por não terem os devidos cuidados. Para Kleinman (1988), a doença crônica é mais do que a soma de vários eventos específicos que ocorrem no curso de uma doença, ela é um relacionamento entre momentos específicos e esse curso crônico.

Os autores Burish & Bradley (1993) buscaram caracterizar a condição crônica destacando quatro dimensões: a primeira está vinculada às causas dessas doenças que, geralmente, são decorrentes do estilo de vida das pessoas ou estão relacionadas a ele, como por exemplo, hábitos de alimentação, exercícios físicos, uso de cigarro e álcool. A segunda dimensão tem a ver com o tempo de duração, pois as patologias crônicas têm um insidioso começo e se desenvolvem num período indefinido. A terceira está relacionada à dificuldade de estabelecer a identidade da doença, ou seja, geralmente a pessoa não pode atribuir claramente sua patologia a um agente causal, e os sintomas nem sempre estão presentes e nem são facilmente definidos. A quarta dimensão está associada à finalização da patologia, pois a maioria das pessoas permanecem com ela por longos períodos, na maioria das vezes, pelo resto de suas vidas.

A construção sociocultural da doença ultrapassa os limites do corpo biológico. Assim, não é só a patologia diagnosticada que define a condução da busca de cuidados, mas a forma como a pessoa concebe a doença e também como a sua rede de apoio e as forças macrossociais definem a doença (GOMES, 2013). Nessa perspectiva, Kleinman (1988) diz que a experiência da doença é uma construção cultural que traz significação ao adoecimento para o indivíduo que é acometido, bem como a coletividade envolvida, e que apesar das distinções

nos conceitos de doença, existem dois elementos indissociáveis deste evento: a disfunção orgânica e a experiência subjetiva do mal-estar.

Compreendendo a lógica da questão, é fácil perceber como o fator sociocultural e familiar tem forte impacto nessa relação. Não é apenas uma questão biológica afetada, apesar da contribuição do modelo biomédico na particularidade da doença, mas há todo um contexto social, psicológico, religioso e até mesmo financeiro que precisam ser avaliados, uma vez que é preciso considerar a realidade que os sujeitos se inserem. A doença, bem como a saúde e os processo de cura, ultrapassam a questões ligas ao corpo, ao biológico, mas compreende questões sociais, subjetivas, culturais (MINAYO, 1991). Mediante a isso, é que a análise dos itinerários terapêuticos se torna necessário, por conta das dificuldades enfrentadas paralelo a trajetória da enfermidade, bem como o impacto emocional no indivíduo, implicando assim em suas decisões na busca pelo cuidado e pela cura.

O itinerário terapêutico neste estudo é considerado como os percursos empreendidos pelo adoecido e sua família na busca por resolver suas necessidades de saúde, bem como a lógica própria que o direciona, tecida nas múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença, dentre outras, que possam lhes dar certa sustentabilidade na sua experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, segundo sua própria lógica, e a forma como acolhem essa pessoa e sua família atendendo, em certa medida e de certo modo, suas necessidades. (THAINES *et al*, 2009).

A forma pela qual os indivíduos de uma dada sociedade situam-se em relação à doença, ou como a percebe, é um tema reconhecido como de fundamental importância, para o estudo das doenças e das formas de lidar com elas, que “longe de ser um privilégio das ciências biomédicas, os tratamentos das doenças são construções individuais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade” (LEITE & VASCONSELOS, 2006, p.114).

Alves e Souza (1999) e Helman (2009) comparam os tipos de conhecimentos, quando retratam a arena profissional como a medicina científica e o popular como sendo o conhecimento construído pelo senso comum, campo leigo, não especializado da sociedade, no qual se utiliza os recursos de automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua, dentre outros. As pessoas com problemas de saúde em busca de explicação, diagnóstico ou tratamento, anseiam por alívio de seu sofrimento e recorrem a diversas alternativas existentes, escolhendo entre o que faz sentido culturalmente, podendo por esta razão aderir (ou não) ao tratamento indicado pelos profissionais de saúde (AMARAL *et al*,2012).

O processo de mudança dos hábitos relacionados à saúde dos usuários de práticas populares e alternativas está arraigado aos aspectos socioculturais, transmitidos entre diferentes gerações no seio familiar ou na comunidade. A comprovação empírica, baseada em experiências anteriores, contribui para sua aceitação, utilidade e reprodução frente a situações de doença, sendo, muitas vezes, a primeira escolha no caminho da busca pela superação e tratamento de doenças, em especial, o câncer (VISENTIN, 2008).

Nessa perspectiva é que também se insere a influência religiosa na busca pelo cuidado, onde o papel das curandeiras, benzedeiras, igrejas e centros, fazem parte do espectro de alternativas dos doentes que sensíveis ao sofrimento, buscam alívio e consolo para suas mazelas, o que por muitas vezes é alcançado, ou simplesmente controlado, porém, é preciso reiterar que não há explicação científica para tais efeitos, no entanto os mesmos creditam os “possíveis milagres” à influência de forças divinas.

As políticas de saúde no Brasil hoje têm como marco fundamental a promoção da saúde e a atenção humanizada. Estas são visões importantes no campo da organização do cuidado e na atuação da enfermagem no trabalho coletivo. Atuar a partir destas referências pressupõe uma nova concepção sobre os próprios sujeitos e valorização da dimensão cultural que envolve o processo de viver. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento. Para o enfermeiro assistir à família, é necessário que ele entenda que os aspectos culturais têm importância no cuidado terapêutico prestado, e isto significa, muitas vezes, repensar práticas, valores e conhecimentos no processo de atenção à saúde. O papel do enfermeiro em saúde da família implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos e culturais apresentados, não apenas para lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que busquem a integralidade familiar (AMARAL *et al*, 2012).

Segundo AYRES (2004. p 13), não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos.

A percepção do número reduzido de publicações sobre itinerários terapêuticos, dado também pelo sentimento instigante para respostas aos questionamentos quanto aos caminhos percorridos pelo adoecido crônico e suas estratégias de enfrentamento da doença foram as motivações para a pesquisa, justificando então a realização deste estudo.

Diante do exposto, este trabalho tem como objeto de investigação “Os itinerários terapêuticos de pessoas que vivem com doenças crônicas”, tomando como norte a seguinte

questão: “Quais os itinerários terapêuticos das pessoas adultas que vivem com doenças crônicas?”. No intuito de obter uma resposta para este questionamento, o estudo tem como objetivo: **Compreender os itinerários terapêuticos das pessoas adultas que vivem com doenças crônicas.**

Espera-se que através de uma análise sistemática deste trabalho, a enfermagem possa perceber quais as reais necessidades e demandas desses sujeitos e possam adotar a conduta assistencial adequada, prioritária, respeitando as singularidades, compreendendo a subjetividade, garantindo a esses indivíduos o seu direito a uma saúde de qualidade, ao acesso ao serviço, a integralidade, a universalidade, e a equidade no atendimento, esses que são princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde no Brasil.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: A BUSCA PELO CUIDADO**

Dentre os diversos conceitos sobre itinerários terapêuticos, foi aceito e adotado neste estudo, o abordado por Gerhardt, 2006, onde o termo itinerário terapêutico é utilizado como sinônimo de busca de cuidados e procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos pertencentes a camadas de baixa renda, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o indivíduo se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis. Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde para as populações de baixa renda (GERHARDT,2006).

Considerando o fato de que muitas comunidades principalmente as rurais, ainda contam com outros fatores que se entrelaçam nessa perspectiva terapêutica, é que podemos pensar: muitas vezes estão localizados em áreas distantes, com muitas barreiras geográficas, ou quando não há transporte adequado disponível para o traslado até um serviço de saúde, ou quando por vezes, desconsideram a gravidade das doenças e apelam para as questões e crenças culturais. Por esta razão é que pensar em itinerário terapêutico é levar em conta o contexto em que cada indivíduo se encontra inserido, respeitando as suas vontades, crenças e possibilidades, fazendo assim valer o pleno direito à autonomia, ou seja, no exercício da cidadania, compreender os direitos e deveres de cada cidadão.

O itinerário terapêutico envolve hábitos, o acaso, os atos impensados, não apresentando, assim, um modelo ou padrão dentro do qual possam ser enquadrados os processos de escolha. Para GERHARDT (2006), ao analisar os itinerários terapêuticos em situação de pobreza, observa que a automedicação costuma ser o primeiro recurso diante de problemas “leves” neste contexto. Nos episódios graves, as famílias costumam recorrer imediatamente ao atendimento médico na rede pública. A autora salienta que as experiências e as informações acumuladas pela família, aliando racionalidades biomédicas e populares de saúde, vão influenciar na avaliação da gravidade dos episódios.

As estratégias e os discursos desenvolvidos pelos indivíduos frente ao adoecimento são elaborados baseando-se em instituições, representações coletivas e relações sociais reinterpretadas em função das suas situações de vida (TRAD *et al*, 2010). Os autores foram felizes ao fazerem esta colocação porque em grande parte dos episódios de situações de risco à saúde, muitas pessoas recorrem a ideia de poderem analisar a situação e determinar a gravidade dos fatos, mesmo sem formação específica para tal, mas pelo conhecimento popular, e assim também estabelecem as rotinas de tratamento para a pessoa enferma, baseando-se muitas vezes em experiências de outrem, não atentando assim para a individualidade.

Os estudos sobre itinerário terapêutico tiveram origem na antropologia e os primeiros trabalhos estavam voltados para o comportamento das pessoas enfermas. Esses enfoques foram muito criticados por apresentarem uma visão reducionista e utilitarista dos problemas de saúde, pois reduzia o comportamento humano diante da enfermidade às questões relacionadas apenas aos aspectos psicológicos. Muitos desses estudos estavam ligados ao conceito biomédico de doença e tinham como objetivo entender os fatores sociais que influenciavam a utilização dos serviços de saúde. Outra vertente de estudo investigou a influência exercida pelos valores culturais na escolha de respostas para os problemas de saúde, identificando os elementos cognitivos e os valores culturais como determinantes da busca por um determinado serviço de saúde ou tratamento (CORDEIRO *et al*, 2013).

Assim como acontece com outros conceitos do campo das ciências sociais, é possível encontrar várias definições e explicações para o conceito de itinerário terapêutico. As estratégias de enfrentamento da enfermidade elaboradas pelas pessoas, nem sempre seguem um planejamento como numa sequência de ações, pois existem diversos olhares e modos de interpretar a doença. As escolhas expressam construções subjetivas individuais e coletivas influenciados por vários fatores e contextos (CORDEIRO *et al*, 2013).

As primeiras informações significativas a respeito da doença emergem do próprio doente que a vivencia e, nós profissionais da área de saúde, precisamos aprender a captá-las isto é, seguir as multidimensões da experiência do adoecer. A história oral pode ser uma forma para a obtenção destas informações, pois se traduz numa prática de apreensão de narrativas destinada a recolher testemunhos, promover análises e facilitar o conhecimento do meio ou de um momento, de uma vivência (VISENTIN, 2008).

A família tem papel de destaque no apoio e cuidado às pessoas em situação de adoecimento e quando a hospitalização é necessária, ressalta-se a importância da sua

presença, com apoio e cuidados. Na construção dos itinerários terapêuticos, as buscas por soluções não seguem uma sequência linear, mas se constituem de escolhas, onde há tratamentos e cuidados diversos, escolhidos de acordo com as oportunidades e resultados alcançados. Esse processo é iniciado com a percepção do indivíduo de que há algo diferente em seu corpo, algo que interfere no seu bem-estar (CORDEIRO *et al*, 2013).

O subsistema familiar é composto pela cultura popular, pelo senso comum. Participam dele o indivíduo e suas redes sociais (família e amigos); o subsistema profissional abrange os profissionais da área da saúde que são reconhecidos por lei, com embasamento científico e aprendizado formal; o subsistema popular é constituído por especialistas que não possuem reconhecimento legal, porém são reconhecidos pela sociedade; servem de exemplo: benzedeiros, pastores, pais de santo, essas pessoas para prestarem o cuidado podem utilizar recursos, tais como: ervas, chás, rituais de cura, entre outros (FUNDATO *et al*, 2012).

## **2.2 ADOECIDOS CRÔNICOS: UMA ATENÇÃO PERMANENTE**

As doenças crônicas causam sérios efeitos na qualidade de vida dos indivíduos, além de provocarem mortes prematuras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que essas doenças possam representar no ano de 2015, 41 milhões do total de 64 milhões na população, os doentes crônicos procuram com mais frequência os serviços de óbitos mundiais. No Brasil, devido a mudanças demográficas e epidemiológicas de saúde, apresentando agravos que podem causar alterações irreversíveis, graduais e, muitas vezes, demandar cuidados permanentes (GARCIA *et al*, 2012).

Consideravelmente, existe no Brasil um índice elevado de pessoas que vivem doenças crônicas, seja ele de qualquer natureza, o que qualifica a chamada de relação de dependência, pois impõe limitações, e exige adaptações, uma vez que necessitam de um acompanhamento contínuo, na Atenção Básica ou na Assistência Hospitalar, esta que pode ser privada ou não, no entanto configura uma corrente da qual todos os profissionais estejam interligados de forma interdisciplinar na prestação dos cuidados necessários a estas pessoas:

“Os problemas crônicos de saúde exigem contato regular com os clientes, integração multiprofissional no sentido de garantir que as ações possam ser compartilhadas entre os diferentes cenários e prestadores durante todo o acompanhamento de cada caso. Nesse contexto, há uma adequação conceitual da vulnerabilidade com os aspectos crônicos de saúde por sua

abrangência, subjetividade e complexidade.” (BERARDINELLI *et al*, 2010, p. 2).

A qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual. Essa concepção holística do homem é o fundamento básico que permeia toda a assistência de enfermagem, lembrando que o doente, seja em unidade de internação ou ambulatorial, é uma pessoa e, como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o seu contexto de vida depois de ser acometido pela doença. O cuidado a ser prestado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele e seu grupo familiar têm da doença e do significado que a experiência tem para eles (MARTINS *et al*, 1996).

De acordo com (FRANZEN *et al*, 2007), o manejo da maioria das doenças crônicas também é caracterizado pela extensiva responsabilidade que as pessoas devem ter. O envolvimento dos mesmos no seu cuidado é denominado autocuidado e tem sido definido como a habilidade do indivíduo no manejo dos sintomas, tratamento, consequências físicas e psicológicas e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica.

“O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde.”(TADDEO *et al*, 2012, p. 2).

É interessante notar, que nesses casos, o conhecimento sobre a doença tem papel fundamental no processo de enfrentamento e estabelecimento de medidas de autocuidado. Em muitos casos o paciente sabe e conhece mais do que profissionais da saúde, pelo fato da busca incessante pela “cura”, da curiosidade sobre o assunto e acima de tudo, na tentativa de minimizar os efeitos limitantes da doença, proporcionando uma melhor e mais confortável qualidade de vida.

Avaliação da qualidade de vida é complicada pelo fato de não haver definição universalmente aceita. Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, nos padrões e suas preocupações. O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. Em geral, pode ser influenciada direta

e indiretamente por fatores contexto de sua cultura, no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus diversos relacionados à doença (AZEVEDO *et al*, 2013).

O sistema de saúde encontra-se focado na doença aguda ao invés de doenças crônicas, o que culmina em pessoas desinformadas e despreparadas para realizar o autocuidado. Os planejamentos das visitas são breves e não há certeza de que as necessidades agudas e crônicas serão eficientemente atendidas. Para que haja melhoria dos cuidados crônicos, é necessária uma articulação entre a organização provedora e a comunidade, utilizando-se os recursos comunitários. O serviço de saúde precisa de reorganização pela implantação de uma rede integrada de serviços para, assim, garantir o cuidado contínuo (TADDEO *et al*, 2012).

Sousa (2007) faz reflexões sobre mudanças de paradigma e concepções do atual modelo ainda focado na doença, pelo Modelo de Cuidados Crônicos, que tem na abordagem à pessoa, com seus problemas diversos, a complementaridade com os profissionais de saúde, a comunidade, o indivíduo e sua família.

A filosofia do modelo de cuidados crônicos prega a melhoria na qualidade do atendimento às pessoas com doenças crônicas, por meio de uma abordagem proativa, capaz de prever e antecipar possíveis complicações e exacerbações da doença e apresentar o envolvimento dessas pessoas, de sua família e da comunidade, além de uma forte integração entre cuidados primários e secundários, da utilização de programas de cuidados e de condutas baseadas em evidências (TADDEO *et al*, 2012).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de uma revisão sistemática que busca analisar os itinerários terapêuticos de pessoas adultas que vivem doenças crônicas e fatores relacionados, nas produções científicas brasileiras, num corte temporal de dez anos.

A revisão sistemática é uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar os dados destes estudos incluídos na revisão (CASTRO, 2001, p.1).

#### **3.2 Formulação da pergunta de revisão**

Para formulação da questão de revisão foi utilizada a estratégia PICO abordado por (SANTOS *et al*, 2007). Para este estudo, as estratégias foram utilizadas como segue:

P= Produções científicas nacionais sobre os itinerários terapêuticos de pessoas que vivem doenças crônicas.

I= Intervenções dirigidas para o conhecimento dos itinerários terapêuticos.

C= A busca pelo cuidado de adoecidos crônicos adultos e o acesso aos serviços de saúde.

O= Trajetórias de adoecidos crônicos.

#### **3.3 Localização e seleção dos estudos**

A busca das publicações nas bases de dados foi realizada de acordo com os descritores, escolhidos por meio de consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo estes: Comportamento de procura de cuidados de saúde, Doença crônica e Saúde do adulto. As fontes de busca destas pesquisas foram constituídas das bases eletrônicas: Scielo (Scientific Electronic Library Online- biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) outras fontes se referiram às referências bibliográficas das próprias publicações encontradas nas

bases de dados e das informações acadêmicas sobre estudos ainda não publicados. Foram utilizadas combinações binárias entre os descritores “Comportamento de procura de cuidados de saúde” e “Doença crônica”; “Comportamento de procura de cuidados de saúde” e “Saúde do adulto”; “Doença crônica” e “Saúde do adulto”, totalizando três combinações em cada base de dados, sendo utilizado em ambas combinações o filtro “Limite: Adulto” e o filtro “Assunto específico: Doença crônica”, apenas na terceira combinação por estar disponível na mesma.

### **3.4 Critérios para inclusão e exclusão dos artigos**

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Estudos primários, que considerem as trajetórias de adoecidos crônicos adultos na busca pelo cuidado;
- Artigos publicados na língua portuguesa no corte temporal de 2003 a 2013, sendo necessário esse período devido às constantes atualizações na área da saúde.
- Estudos apontados de acordo com as bases de dados eleitas, de periódicos nacionais;
- Estudos avaliando os fatores relacionados à busca pelo cuidado.

Os periódicos originais eram selecionados e analisados, a fim de confirmar se os mesmos preenchiam os critérios supracitados.

Foram considerados como critérios de exclusão:

- Os artigos que foram publicados fora do período de 2003 a 2013.
- Estudos que não estavam disponíveis na versão on line completa.
- Artigos publicados que eram de metodologia incompatível para o estudo como: Revisões de literatura (Sistemática-Integrativa) e estudos de casos.
- Artigos publicados fora da língua portuguesa.

### **3.5 Análise crítica dos estudos**

Foi realizada uma busca de material, sendo feita uma triagem baseada nos títulos dos artigos e na leitura dos respectivos resumos. Foram selecionados àqueles que se enquadravam em todos os critérios de inclusão e que possivelmente seriam úteis à temática. Após o término da seleção, os artigos foram lidos na íntegra de forma interpretativa, e em seguida realizou-se a análise de conteúdo.

Para uma análise mais criteriosa, os dados dos artigos selecionados foram codificados sob a forma de tabelas e classificados segundo base de dados, periódico, ano de publicação, nº de autores, tipo de pesquisa, tipo de análise, instrumento de coleta de dados, sujeitos da pesquisa, nº de sujeitos, temática, teoria e região do país.

#### 4 RESULTADOS

Foram identificados 26.559 artigos científicos a partir das combinações binárias entre os descritores, sendo 26.558 na base de dados da BVS e 1 na base de dados do SCIELO (APÊNDICE 01 ), destes 1276 na combinação “comportamento de procura de cuidados de saúde” e “doença crônica” (APÊNDICE 2), 11.193 na combinação “comportamento de procura de cuidados de saúde” e “saúde do adulto” (APÊNDICE 3) e 14.090 na combinação “doença crônica” e “Saúde do adulto” (APÊNDICE 4).

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e filtros específicos, obteve-se um total de 119 artigos (APÊNDICE 01), sendo constatado dentre estes 39 duplicações, 08 revisões de literatura, 14 textos indisponíveis e 02 estudos de caso, totalizando um montante de 63 artigos (APÊNDICE 05), dos quais, após triagem dos títulos e resumos, foram selecionados os únicos enquadrados nos critérios de inclusão, resultando em vinte e cinco publicações que faziam referência à temática do presente estudo.

De acordo com os dados supracitados, verifica-se que o tema “itinerário terapêutico” embora seja estudado pela comunidade científica, ainda apresenta poucas publicações com abordagem focal para as trajetórias de adoecidos crônicos adultos na busca pelo cuidado.

Segundo base de dados e ano de publicação, pela BVS foram selecionados: dois artigos em 2005, dois em 2006, três em 2007, um em 2008, um em 2009, cinco em 2010, um em 2011, cinco em 2012 e 04 em 2013, totalizando 24 artigos. Pelo SCIELO, foi selecionado apenas um artigo em 2009 (**Quadro 1**).

**Quadro 01 - Distribuição dos artigos segundo base de dados e ano de publicação.**

| <i>Ano de Publicação</i> | <b>BVS</b> | <b>SCIELO</b> |
|--------------------------|------------|---------------|
| <b>2003</b>              | -          | -             |
| <b>2004</b>              | -          | -             |
| <b>2005</b>              | 02         | -             |
| <b>2006</b>              | 02         | -             |
| <b>2007</b>              | 03         | -             |
| <b>2008</b>              | 01         | -             |
| <b>2009</b>              | 01         | 01            |
| <b>2010</b>              | 05         | -             |
| <b>2011</b>              | 01         | -             |
| <b>2012</b>              | 05         | -             |
| <b>2013</b>              | 04         | -             |
| <b>Total de artigos</b>  | <b>24</b>  | <b>01</b>     |

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados bibliográficos, 2014.

Nota: - Dado numérico igual a zero

Segundo o local de publicação, os artigos foram agrupados por regiões geográficas brasileiras. A região Sul teve maior destaque devido ao maior número de publicações, treze dos vinte e cinco artigos selecionados, com destaque ao estado do Rio Grande do Sul. Seguido da região Sudeste, com dez artigos, com destaque ao estado de São Paulo, e a região Nordeste, com dois artigos publicados (**Quadro 2**).

Esse número representativo de publicações nas regiões Sul e Sudeste relaciona-se por serem áreas de maior contingente populacional, bem como de maior desenvolvimento socioeconômico, destacando-se também por serem regiões de grande concentração de universidades, o que favorece para o incentivo de realização de pesquisas e estudos na temática e serem mais contempladas em editais de fomentos em pesquisa.

É importante elucidar o fato do número reduzido de publicações na região Nordeste, como na ausência de publicações nas regiões Norte e Centro-oeste. Isso não se deve ao fato de que não existam adoecidos crônicos nessas regiões, mas a existência de poucos incentivos para pesquisas e estudos voltados ao tema.

**Quadro 02 - Distribuição dos artigos segundo local de publicação agrupado por região.**

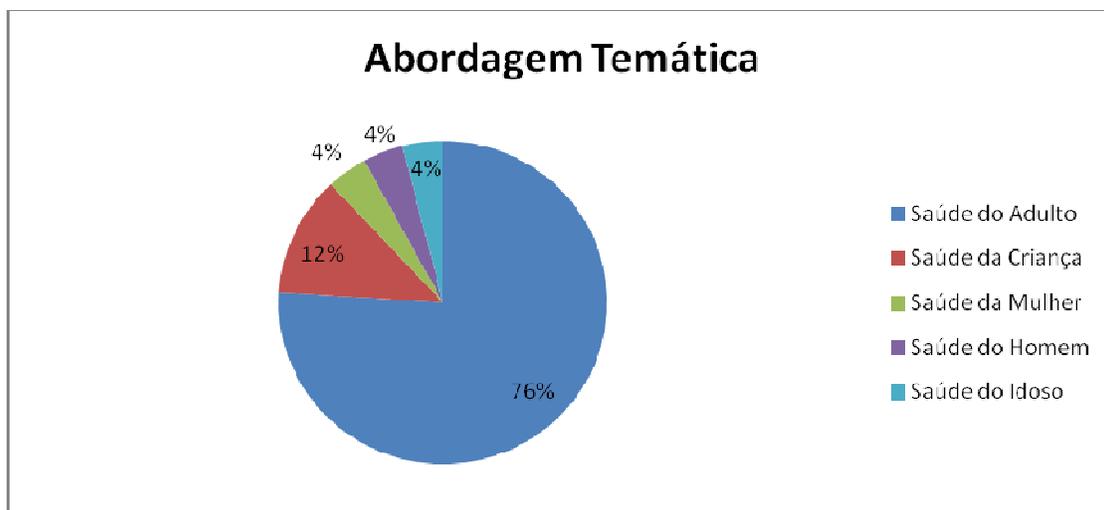
| <i><b>Região</b></i> | <i><b>Nº de artigos</b></i> | <i><b>Percentual por região</b></i> |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Norte</b>         | -                           | 0 %                                 |
| <b>Centro-Oeste</b>  | -                           | 0 %                                 |
| <b>Nordeste</b>      | 2                           | 8 %                                 |
| <b>Sudeste</b>       | 10                          | 40 %                                |
| <b>Sul</b>           | 13                          | 52 %                                |

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados bibliográficos, 2014.

Nota: - Dado numérico igual a zero

Conforme distribuição percentual dos artigos segundo abordagem temática nota-se que a grande maioria das publicações adota a linha de pesquisa na área da Saúde do adulto com o percentual de 76%, configurando a seleção como parte inclusiva para o estudo, ou seja, estarem voltados ao público adulto. Seguido de Saúde da criança com 12% das publicações e Saúde da mulher, do homem e do idoso, ambos com 4%, estima-se que essas áreas do conhecimento ainda precisam ser melhores exploradas nesse sentido (**Gráfico 1**).

**Gráfico 01 - Distribuição Percentual dos artigos segundo abordagem temática.**

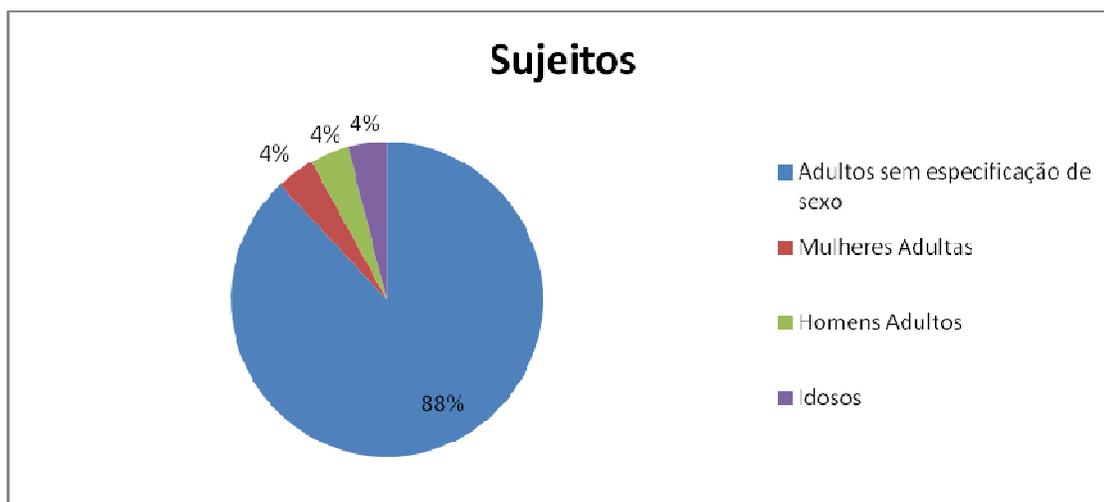


Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados bibliográficos, 2014.

Nota: - Dado numérico igual a zero

Com relação à distribuição dos artigos segundo sujeitos, percebe-se que em 88% das publicações, os envolvidos eram adultos, sem especificação do sexo, ou seja, faziam parte das amostras tanto homens quanto mulheres. Na sequência têm-se o percentual dos sujeitos especificados: mulheres adultas, homens adultos e idosos, ambos com 4%, correspondendo um total de 12% das publicações envolvendo estes grupos específicos (**Gráfico 2**).

É possível constatar o grande crescimento do número de adoecidos crônicos no país entre a faixa etária que compreende de 20-65 anos, isso se deve a mudança de hábitos saudáveis, ao déficit do autocuidado, a demanda e sobrecarga de estresse pelo cotidiano, ao sedentarismo, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, como também a ausência da participação dos usuários nos serviços de saúde, o que torna possível dizer que um simples evento agudo, sem cuidados necessários e indispensáveis ao momento pode tornar-se crônico, trazendo limitações e exigindo agora adaptações para estes indivíduos.

**Gráfico 02 - Distribuição Percentual dos artigos segundo sujeitos.**

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados bibliográficos, 2014.

Nota: - Dado numérico igual a zero

De acordo aos instrumentos de coleta de dados usados nos artigos, as entrevistas semiestruturadas obtiveram um maior destaque, estando presente em quatorze das vinte e cinco publicações correspondendo um total de 56%, seguido dos questionários, presentes em seis artigos com um percentual de 24%, logo após, a consulta ao prontuário, utilizada em duas publicações, tendo 8% do total geral, e as entrevistas narrativas, consulta a documentos e dinâmica mapa-falante, que foram estratégias presentes ambas em um artigo, obtendo cada uma delas respectivamente 4% (**Quadro 3**).

**Quadro 03 - Distribuição dos artigos segundo Instrumento de coleta de dados.**

| <i>Instrumento de Coleta de Dados</i> | <b>N° de Artigos</b> | <i>Percentual por Instrumento de coleta</i> |
|---------------------------------------|----------------------|---|
| <b>Entrevista semi-estruturada</b>    | 14                   | 56 %  |
| <b>Entrevistas narrativas</b>         | 01                   | 4 %   |
| <b>Questionários</b>                  | 06                   | 24 %  |
| <b>Consulta ao prontuário</b>         | 02                   | 8 %   |
| <b>Consulta a documentos</b>          | 01                   | 4 %   |
| <b>Dinâmica Mapa-falante</b>          | 01                   | 4 %   |

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados bibliográficos, 2014.

Nota: - Dado numérico igual a zero

O quadro 4 mostra a distribuição dos artigos segundo, tipo de pesquisa (%), título, número de autores, periódico de publicação, tipo de análise, número de sujeitos e teoria. Quanto ao tipo de pesquisa 48% (doze artigos) são qualitativos, 44% (onze artigos) são quantitativos e 8% (dois artigos) são simultaneamente quanti-qualitativos. Em relação ao número de autores, este variou entre o mínimo de 1 e o máximo de 8.

**Quadro 04 - Distribuição dos artigos segundo tipo de pesquisa, título, número de autores, periódico, tipo de análise, número de sujeitos e teoria.**

| <b>Tipo de Pesquisa (%)</b> | <b>TÍTULO</b>   | <b>Nº de Autores</b> | <b>Periódico</b>                | <b>Tipo de Análise</b>                  | <b>Nº de sujeitos</b> | <b>Teoria</b>              |
|-----------------------------|---|----------------------|---------------------------------|---|-----------------------|----------------------------|
| <b>QUALITATIVA (48 %)</b>   | <i>Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado.</i>  | 4                    | Acta Scientific Health Science  | Análise de conteúdo categorial          | 8                     | -                          |
|                             | <i>Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento.</i>  | 6                    | Rev. Gaúcha de Enfer.           | Análise de conteúdo categorial          | 8                     | -                          |
|                             | <i>Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte.</i>                       | 2                    | Rev. Bras. de Enfer.            | Análise temática                        | 29                    | -                          |
|                             | <i>O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no Sistema Público de Saúde.</i>                  | 4                    | Rev. Latino Americana de Enfer. | Análise temática                        | -                     | Teoria do cuidado em saúde |
|                             | <i>As estratégias do enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia.</i>                                       | 2                    | Rev. Latino Americana de Enfer. | Análise do discurso do sujeito coletivo | 16                    | Ref. Teórico de Coping     |
|                             | <i>Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.</i>   | 4                    | Rev. de Saúde Pública.          | Análise temática                        | 53                    | -                          |
|                             | <i>Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias: um estudo qualitativo.</i> | 1                    | Jornal Bras. de Psiquiatria     | Análise do discurso do sujeito coletivo | 13                    | -                          |
|                             | <i>Construção de sentido nas narrativas de doentes crônicos.</i>  | 2                    | Rev. Ass. Med. Bras.            | Análise do discurso do sujeito coletivo | 17                    | -                          |
|                             | <i>Doença crônica da criança: necessidades familiares e a relação com a Estratégia Saúde da Família.</i>                        | 4                    | Rev. Gaúcha de Enfer.           | Análise do discurso do sujeito coletivo | 7                     | Interacionismo simbólico   |
|                             | <i>O processo do cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca.</i>   | 3                    | Esc. Anna Nery Rev. de Enfer.   | Análise categórica                      | 8                     | -                          |

|   |  |   |                                 |                             |                                  |                          |
|---|--|---|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   | <i>Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico.</i>   | 5   | Esc. Anna Nery Rev. de Enfer.   | Análise temática            | 11                               | -                        |
|   | <i>Percepções da família da criança com doença crônica frente às relações com profissionais de saúde.</i>  | 5   | Rev. Esc. Enfer. da USP         | Análise temática categórica | 20                               | Interacionismo simbólico |
| <b>QUANTITATIVA</b><br>(44 %)   | <i>Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da Tuberculose.</i>  | 7   | Rev. Esc. Enfer. da USP         | Análise estatística         | 97                               | -                        |
|   | <i>Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama.</i>  | 8   | Rev. Ass. Med. Bras.            | Análise estatística         | 52                               | -                        |
|   | <i>Doenças crônicas e qualidade de vida na Atenção Primária à Saúde.</i>   | 4   | Cad. de Saúde Pública           | Freq. das carac. da amostra | 920                              | -                        |
|   | <i>Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas.</i>   | 3   | Rev. Gaúcha de Enfer.           | Análise estatística         | 94                               | -                        |
|   | <i>Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida.</i>  | 3   | Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde   | Análise estatística         | 648                              | -                        |
|   | <i>O impacto da doença crônica no cuidador.</i>  | 4   | Rev. Bras. Clin. Med            | Análise estatística         | 99                               | -                        |
|   | <i>Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem.</i>  | 6   | Rev. HCPA                       | Análise de conteúdo         | 1665                             | -                        |
|   | <i>Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional.</i>   | 3   | Cad. de Saúde Pública           | Análise estatística         | 1400                             | -                        |
|   | <i>Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008.</i>  | 4   | Ciência e Saúde Coletiva        | Análise estatística         | 391.868                          | -                        |
|   | <i>Avaliação da qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde.</i> | 2   | Rev. Psiquiatria clínica        | Análise estatística         | 241                              | -                        |
|   | <i>Prevalência de sinais e sintomas, fatores sócio-demográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil.</i>                 | 4   | Rev. Pan. Saúde Pública         | Análise estatística         | 1259                             | -                        |
|   | <b>QUANTI-QUALITATIVA</b><br>(8 %)   | <i>Entraves no acesso à atenção médica: vivência de pessoas com infarto agudo do miocárdio.</i> | 4                               | Rev. Ass. Med. Bras.        | Análise descritiva e estatística | 97                       |
| <i>Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista.</i> |  | 3   | Rev. Latino Americana de Enfer. | Análise estatística         | 200                              | -                        |

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 COMPORTAMENTOS DO ADOECIDO CRÔNICO DIANTE DA DOENÇA E DO TRATAMENTO

A avaliação dos padrões de comportamento do adoecido crônico diante da doença e do tratamento tem sido objeto de estudo no âmbito científico, e vem demonstrando certa homogeneidade entre eles, a exemplo de 10 dos 25 artigos selecionados para o estudo (LORENCETTI *et al*,2005; GIR *et al*,2005; BENSI *et al*,2006; MERINO *et al*,2007; RAMOS *et al*,2008;MUSSI *et al*,2008; BALDUINO *et al*,2009; JUNGES *et al*,2010; FONTANELLA, 2010; AZEVEDO *et al*,2013).

Essa homogeneidade é facilmente constatada quando RAMOS *et al*,2008 afirmam que a doença representa prejuízo corporal e limitações, pois, em geral, há afastamento dessas pessoas de seu grupo social, de seu lazer e, às vezes, da própria família. Diante da doença, o indivíduo sente-se ameaçado, inseguro, por saber que sua vida vai ser modificada por causa do tratamento. Portanto, ocorre desorganização no seu senso de identidade (valores, ideais e crenças) e na imagem corporal pelas alterações orgânicas resultantes da doença, o que traz consequências à qualidade de vida.

Nesse sentido, pode-se notar que o indivíduo é marcado por um novo contexto de vida, uma experiência ainda não vivenciada, o que traz à ele sentimentos e sensações inesperadas, dentro de uma perspectiva totalmente desconhecida. Todas essas alterações acarretam ao adoecido mudanças e adaptações, e estas precisam ser trabalhadas mediante a percepção do mesmo sobre sua nova condição de vida.

Numa situação de doença crônica, a reação do sujeito ante ao seu quadro torna-se essencial para a consecução da integralidade no tratamento. A reação significa a construção de um sentido para a nova situação existencial no âmbito da linguagem, a construção de uma nova subjetividade por meio das práticas discursivas entre os profissionais e os usuários durante o tratamento (JUNGES *et al*,2010).

Somente duas das publicações fazem referência ao estado de hesitação em aceitar a gravidade de sua condição, associando ao nível de escolaridade a compreensão sobre a doença e seu tratamento(BENSI *et al*,2006; MUSSI *et al*,2008).

As concepções de saúde entre os indivíduos são determinadas de acordo com o meio em que estão inseridos, sendo influenciadas pela sociedade, comunidade, família, além do

conhecimento da ciência e tecnologia, as quais cada indivíduo tem acesso. Neste mesmo estudo, na análise da concepção de saúde por parte dos sujeitos, 51,7% dos mesmos, afirmaram que estar saudável consiste na ausência de doença, daí então dar-se as pessoas retratarem opiniões como “doença leve pode ser tratada em casa, doença grave é que precisa de médico”(MERINO *et al*,2007).

Mediante o exposto, comparam-se os conceitos aplicados de saúde existentes, em que se acreditava ser apenas a ausência de doenças. No entanto, em um novo contexto, essa definição torna-se extremamente minimalista, sendo agora aceita a ideia de um completo bem-estar biopsicossocial, onde todos os determinantes sociais são inseridos no processo de avaliação do indicador saúde.

É possível constatar tais afirmações trazendo a análise feita por AZEVEDO *et al*,2013 nos seus estudos sobre qualidade de vida, no qual o mesmo evidenciou que ocorre uma inter-relação para este aspecto no que se refere aos fatores idade e sexo, podendo concluir que as mulheres e os idosos percebem de forma pior, ou seja, possuem médias inferiores de qualidade de vida, isto associado também a outros fatores sócio demográficos, o que denota a ideia do cuidado diferenciado para homens e mulheres, pois possuem visões contrastadas para a aceitação da doença, para a dependência e itinerário, como também para adesão ao tratamento.

Com relação ao comportamento do adoecido crônico diante do tratamento, segundo LORENCETTI *et al*,2005 todo esse contexto da doença propriamente dita e do tratamento podem gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade. Nesse contexto é que os autores destacam a estratégia de *coping* que traduz a ideia de enfrentamento de uma situação, na tentativa de superar o fator causal de estresse, essas mesmas evidências são constatadas em outros estudos (BALDUINO *et al*,2009; FONTANELLA, 2010).

A estratégia de motivação do sujeito para o enfrentamento de situações depressoras é uma prática que merece atenção, pois metodologicamente é uma forma terapêutica de valorização pessoal, de crescimento da autoestima, onde o indivíduo se percebe como parte integrante no processo do cuidado, aprimorando suas habilidades. Dessa forma, o conhecimento e a compreensão sobre seu estado e sobre suas possibilidades de adaptação, irão favorecer claramente na adesão do tratamento.

A taxa de adesão para tratamento de doenças crônicas é, em geral, baixa, e isso se agrava significativamente quando associado a uma doença com limitada perspectiva de sobrevida. A aderência refere-se à conduta do indivíduo ao seguir as prescrições médicas, no que diz

respeito à posologia, à quantidade de medicamentos por horário, o tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. Porém, a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o indivíduo não apenas obedece à orientação médica, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve haver um acordo entre o profissional de saúde e o indivíduo, relação onde são firmadas as responsabilidades de cada um e também de outras pessoas envolvidas no processo (GIR *et al*, 2005).

Portanto, é possível concluir que o comportamento do adoecido crônico diante da doença e do tratamento está interligado a sua compreensão e aceitação da doença. Nesse sentido, vale salientar que os fatores socioeconômicos e demográficos possuem grande influência nesse processo, contribuindo de forma plausível para uma melhor qualidade de vida, e no favorecimento de condições de tratamento adequadas.

Diante disto, é importante que os profissionais da saúde estejam atentos as possibilidades de orientação e aprimoramento das habilidades dessas pessoas, viabilizando formas estratégicas, dinâmicas, direcionadas à melhoria da vivência em seu cotidiano.

## **5.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS NA TRAJETÓRIA DA BUSCA PELO CUIDADO**

Diversos estudos apontam sobre as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que vivem doenças crônicas em suas trajetórias na busca pelo cuidado. Foram sinalizadas diversas barreiras, e dentre estas se destaca as condições de atendimento.

Encontrou-se relatos em 08 publicações referenciando a esta categoria (MERINO *et al*, 2007; FRANZEN *et al*, 2007; RAMOS *et al*, 2008; MUSSI *et al*, 2008; BARROS *et al*, 2011; OLIVEIRA *et al*, 2012; OLIVEIRA-CAMPOS *et al*, 2012; GABATZ *et al*, 2013), trazendo como reais obstáculos a satisfação do adoecido associado a sua relação com o profissional da saúde, as condições para o atendimento, mudança social e financeira, inatividade, implicações para o cuidado, transporte e acesso as redes de saúde, dificuldade de permanência nos estudos.

Com relação a satisfação e relacionamento interpessoal, MERINO *et al*, 2007 evidenciam em seu estudo que isto diz respeito à percepção subjetiva do cuidado que se recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode estar relacionado às suas relações interpessoais com o profissional do serviço. Outros aspectos como a infraestrutura dos serviços (existência de

equipamentos, medicamentos, etc.), ou as questões de ventilação, conforto, entre outros interferem no grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais.

Para este aspecto é importante elucidar que o acolhimento é a chave para resolução desse problema. Uma vez que o usuário se sinta acolhido, abraçado, tendo suas queixas ouvidas, cria-se o que se chama de laços de confiança, ou seja, vínculo profissional-usuário. No que diz respeito à adesão ao tratamento, a dificuldade mencionada foi associada as condições do serviço prestado.

Segundo MERINO *et al*,2007 e OLIVEIRA *et al*,2012; as reclamações apresentadas pelos informantes sobre estes serviços foram frequentes e decorrentes de vários fatores, dentre eles estão:

- O horário disponibilizado pelo serviço para o atendimento médico;
- A falta do número de consulta suficiente para atender à demanda;
- A dificuldade no agendamento de consultas e/ou exames;
- A falta de especialidades médicas e a dificuldade em conseguir encaminhamento à outras instituições especializadas e à exames complementares;
- A dificuldade na aquisição de medicamentos;
- A falta de credibilidade no serviço médico oferecido;

Os autores RAMOS *et al*,2008 e GABATZ *et al*,2013 vão associar como problema ou dificuldade, o fato de que muitas vezes estes adoecidos por conta de suas condições, ou por conta de suas novas rotinas, perdem os seus empregos, tendo que se reorganizar para uma outra atividade ou viver da aposentadoria.

Essa característica denota a realidade de que muitas famílias que já sofrem pela desigualdade social, quando tem um componente acometido por uma doença crônica, vivenciam situações de restrição: seja de caráter alimentar, estético, cultural, para garantir o atendimento com especialista muitas vezes não disponibilizado na rede pública de sua cidade, tendo este que se deslocar, gerando outro gasto e caracterizando outra dificuldade como é apresentado por MUSSI *et al*,2008.

Estudos sobre a prevalência de doenças crônicas revelam gradientes que tendem a apresentar os valores mais elevados nos segmentos economicamente desfavorecidos. Assim, um aumento da prevalência de uma condição mórbida pode ser um indicador positivo de acesso a serviços (com ampliação do acesso a diagnóstico e/ou redução da letalidade), se

acompanhado de ausência do crescimento da incidência. (BARROS *et al*,2011, p. 2)

Os autores GABATZ *et al*,2013 retratam de forma singular sobre uma real dificuldade, que é a permanência em se manter estudando. Muitos estudantes se tornam adoecidos crônicos e tem toda sua rotina alterada, ou seja, por conta de seu itinerário terapêutico, não conseguem cumprir as atividades, faltam aulas, por vezes apresentam crises dentro da sala de aula, sendo necessário deixar o recinto, e muitas vezes é necessário o abandono dos estudos devido a fragilidade e debilidade no quadro clínico.

Nos estudos realizados por FRANZEN *et al*,2007 e OLIVEIRA-CAMPOS *et al*,2012, as implicações para o cuidado foram o foco de pesquisa. Em seus resultados, chegaram à conclusão de que grande parte dos indivíduos tem o cuidado dificultado, devido o trabalho, uso de medicações de forma inapropriada ou fora de horário, déficit de informações para o cuidado domiciliar, ou seja, o autocuidado.

Com base nesses dados, pode-se inferir que grande parte das pessoas que vivem doenças crônicas relatam problemas relacionados ao itinerário terapêutico, porque vivenciam essas dificuldades. Notavelmente, o que pode e deve ser feito, por vezes é negligenciado pelos responsáveis, no entanto, buscar medidas que minimizem esses danos, fazem parte do cotidiano de muitos profissionais da saúde.

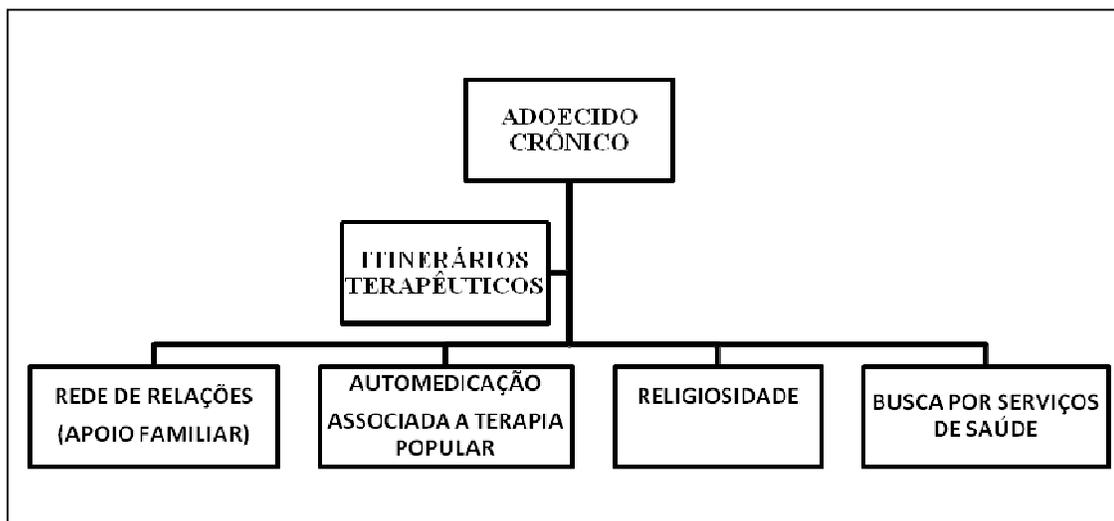
### **5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE ADOECIDOS CRÔNICOS**

A classificação dos principais itinerários terapêuticos de pessoas adultas que vivem doenças crônicas foi estabelecido de acordo à ordem como estes acontecem, sendo constatado em 13 das 25 publicações selecionadas (LORENCETTI *et al*,2005; MENDOZA-SASSI *et al*,2006; MERINO *et al*,2007; RAMOS *et al*,2008; CHRESTANI *et al*,2009; BALDUINO *et al*,2009; ROCHA *et al*,2010; MEDEIROS *et al*,2010; GARCIA *et al*,2012; FERREIRA *et al*,2012; WYSOCKI *et al*,2012 ; COSTA *et al*,2013; BALTOR *et al*,2013;

Os itinerários terapêuticos descritos nos artigos variam-se entre quatro, sendo estes: Rede de relações, configurado pelo apoio familiar; Automedicação associado a terapia popular; Religiosidade; Busca por serviços de saúde.

A disposição dessas trajetórias foi dada mediante caracterização de evidências, reconhecendo o apoio da família como primeira rota, e a busca pelo serviço de saúde como último ponto na procura pelo cuidado (**Quadro 5**).

**Quadro 5 – Fluxograma de itinerários terapêuticos de adoecidos crônicos**



Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados bibliográficos, 2014.

- **Rede de relações (apoio familiar)**

Os significados das doenças crônicas não pertencem exclusivamente ao indivíduo doente, é também propriedade de seus familiares e de sua rede social. Estes significados que são compartilhados, de forma direta ou indireta, acabam influenciando o curso da doença. Eles podem auxiliar na redução ou aumento dos sintomas, no exagero ou na diminuição das dificuldades, ou ainda nos impedimentos ou facilidades relativas ao tratamento (FERREIRA *et al*,2012).

Para BALTOR *et al*,2013 os cuidadores estão sempre orientados para o enfrentamento desse cenário, apesar do sofrimento e da ausência de apoio social sentido. Ser cuidador é significado como uma experiência complexa, sofrida, solitária e repleta de imprevistos, incertezas e descobertas. Trata-se de um processo desafiador, com lutas solitárias, diárias e sem fim.

O papel das redes de relação principalmente do apoio familiar, assume total importância diante do enfrentamento da doença, porque o espaço e as pessoas que ali convivem

configuram ou tem uma conotação de refúgio, de guarida, ponto este que é fundamental neste processo, uma vez que o adoecido crônico desenvolve sentimentos de insegurança, angústia, medos e depressão.

Nos estudos de LORENCETTI *et al*,2005; MERINO *et al*,2007; BALDUINO *et al*,2009; COSTA *et al*,2013 sinalizam como os profissionais de saúde e a família são referências para essas pessoas,ressaltando a forma como a mesma lida com o problema, sendo capaz de ter sua rotina modificada, e adequada para garantir um conforto e uma melhor qualidade de vida de seu ente adoecido.

Para essa relação ser efetiva, a comunicação entre profissionais de saúde, paciente e família torna-se relevante, pois se caracteriza como um processo que pode servir como ajuda terapêutica, além de auxiliar na detecção de necessidades e promover a participação ativa dos sujeitos nas ações desenvolvidas (GARCIA *et al*,2012, p. 2)

É importante fomentar a ideia de redes de relação, para que o usuário se sinta acolhido nas suas demandas, compreenda essas linhas de apoio e veja na família, nos profissionais de saúde e em si mesmo o direcionamento para seu cuidado, de forma que o mesmo possa se sentir confiante e seguro.

- **Automedicação associada à terapia popular**

Em duas das publicações foi destacada a automedicação associado à terapia popular. Tais resultados foram constatados mediante relatos que caracterizam o conhecimento empírico, ou seja, o senso comum, não tendo nenhuma relação e comprovação científica. Mesmo assim configura-se como itinerário terapêutico, uma vez que o adoecido faz dessa prática uma alternativa para o seu cuidado.

De acordo com MERINO *et al*,2007 destacam que cerca de 41,4% dos adoecidos crônicos utilizam esse método como parte do seu itinerário terapêutico. MENDOZA-SASSI *et al*,2006, classificam essa prática como fitoterapia, onde usam-se as plantas na fabricação de chás, xaropes, dentre outros produtos.

Pode-se afirmar que grande parte da população utiliza-se desses métodos com frequência, por ser parte integrante do conhecimento adquirido ao longo dos anos, e sendo repassado entre as gerações como um legado. Este fato se faz instigante e desperta a curiosidade sobre

os reais e potenciais efeitos dessas plantas no tratamento de doenças crônicas, e amplos estudos científicos vem sendo desenvolvidos e difundidos nessa área.

- **Religiosidade**

Outra trajetória na busca do cuidado evidenciada nas publicações foi quanto a religiosidade. Nesse aspecto não fica especificado nenhum grupo religioso, porém ROCHA *et al*,2010 afirmam que os brasileiros tem uma forte fé em Deus e na dimensão espiritual; isso se torna evidente tendo em vista a diversidade de envolvimento com a religião que eles tem. Muitas pessoas no Brasil creditam sua melhora de saúde mais as forças espirituais que ao tratamento médico recebido. Seria de grande interesse verificar se esse tipo de comportamento pode melhorar a qualidade de vida deles.

Tanto RAMOS *et al*,2008 quanto ROCHA *et al*,2010, caracterizam a fé como o mecanismo terapêutico, sendo este intrínseco do ser humano, ou seja, creditar em algo ou alguém sua crença, e esta trajetória vem sendo utilizada constantemente como forma de fortalecimento, para que as energias se revigorem.

É importante salientar que este hábito se estende por gerações, às vezes como prática familiar, outras como alternativa de alívio, fuga, e por conta disso, devido suas condições de fragilidade muitas pessoas levadas pela emoção, acabam por se deixar envolver, sendo exploradas em todos os aspectos. Um outro fator relacional está ao abandono do tratamento por acreditarem que foram agraciados com a cura e nessa perspectiva tem seus quadros agravados levando muitos ao óbito.

- **Busca por serviços de saúde**

A procura pelos serviços de saúde sejam eles públicos ou privados, configura um dos caminhos mais procurados pelos adoecidos crônicos e pelas suas famílias no sentido de apoiá-los, uma vez que as outras rotas não trouxeram resultados positivos, porém algumas variáveis sócio demográficas se apresentam numa linha antagonista a esta trajetória. Tais evidências se constata em 9 publicações das 25 selecionadas (MENDOZA-SASSI *et al*,2006; MERINO *et al*,2007 ; CHRESTANI *et al*,2009; BALDUINO *et al*,2009; MEDEIROS *et al*,2010; ZAVATINI *et al*,2010; WY SOCKI *et al*,2012; BALTOR *et al*,2013; COSTA *et al*,2013).

O fenômeno da cronicidade torna a relação da família com o serviço de saúde intrínseca ao próprio existir da família, uma vez que o conviver com a doença crônica traz necessidades de recursos que estão fora do contexto interno da unidade familiar e que pela organização social vigente, pertencem à esfera dos serviços de saúde. Assim, esta experiência faz a família buscar a rede profissional de cuidado a fim de apoiá-la em suas demandas (COSTA *et al*,2013, p.3)

Em 4 publicações (MENDOZA-SASSI *et al*,2006; CHRESTANI *et al*,2009; BALTOR *et al*,2013; WYSOCKI *et al*,2012) dizem que variáveis sócio demográficas e clínicas interferem na busca por cuidados. Esta realidade se dá devido ao contexto ao qual o indivíduo e sua família se inserem, as desigualdades sociais que caracterizam as divisões de classe, ao estado de saúde do cliente e suas necessidades urgentes.

No estudo realizado por MERINO *et al*,2007, os autores destacam diferenças de gênero relacionadas ao motivo pelo qual este fato ocorre e, segundo eles, as mulheres buscam mais os serviços para exames de rotina e prevenção e os homens procuram mais por motivo de doença. A questão da busca de serviço de saúde neste estudo possibilitou a inferência de alguns fatores que podem influenciar os homens a não procurarem por consultas médicas no âmbito ambulatorial, são eles:

- O fato de o homem acreditar ter seu tempo perdido na espera pela consulta nas Unidades Básicas de Saúde, sendo a utilização de outros serviços como farmácias ou Pronto-socorro uma forma de agilizar o atendimento;
- A ideia de que, nas UBS, os serviços são destinados, em sua maioria, às mulheres, crianças e idosos;
- A ideia de que os serviços de saúde são um “espaço feminilizado” (maioria dos trabalhadores destes serviços são mulheres).

Esses conceitos masculinos, de acordo com o autor, podem justificar a procura por outras formas de atendimento além da consulta médica. Algumas dessas características também ficam evidenciadas nos resultados do estudo de ZAVATINI *et al*,2010.

No contexto da busca por serviços de saúde, um fator preponderante para a adesão ao tratamento, constitui o que MEDEIROS *et al*,2010 dizem que "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, ou seja, a importância do cuidado

humanizado, tema discutido e difundido nos mais diversos setores da saúde como reitera em sua pesquisa BALDUINO *et al*,2009.

Por fim, pode-se concluir que entre os mais diversos itinerários terapêuticos, este se configura como o de mais procura. No entanto os serviços precisam estar preparados, com profissionais orientados, a fim de que se estabeleça um cuidado adequado, humanizado, e que garanta ao usuário seu direito a uma saúde de qualidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos permitiu constatar que apesar da temática “doença crônica” e “saúde do adulto” serem bastante frequentes no cenário das publicações nacionais, são poucas as que investigam os caminhos percorridos por esses sujeitos na busca pelo cuidado.

Dentre as publicações utilizadas, observou-se que as mesmas possuem níveis de qualidade variáveis e que são heterogêneas na distribuição pelas regiões geográficas do país, visto que duas regiões aparecem com um número representativo de publicações – as regiões Sul e Sudeste respectivamente, enquanto que as demais possuem um número reduzido. Esta heterogeneidade justifica-se pelas diferenças socioeconômicas, culturais e de incentivos para o desenvolvimento de pesquisas entre as regiões brasileiras.

Diante desse contexto, e do objetivo deste estudo que buscou compreender os itinerários terapêuticos de pessoas adultas que vivem com doenças crônicas, o mesmo foi avaliado ao perpassar pela análise dos comportamentos e hábitos desses indivíduos e suas respectivas famílias, suas rotinas e suas escolhas, sendo possível perceber diversos fatores associados que dificultam esse processo. Entre tantos aspectos, as condições de vida compreendida pelas variáveis: nível de escolaridade, sexo, idade, perfil socioeconômico apresentaram-se como marcos preponderantes no traçado das rotas de busca por cuidados de saúde.

A partir do presente estudo, constatou-se que a concepção e compreensão do estado de adoecimento crônico gera no indivíduo sentimentos de hesitação ou não aceitação da doença, desencadeando crises de identidade, isolamento, angústias e medo do desconhecido. A avaliação do comportamento desses sujeitos diante da doença implica diretamente na adesão ao tratamento, sendo a família e os profissionais de saúde os principais responsáveis, ou seja, os verdadeiros atores sociais que interferem nessa realidade buscando elevar o nível de confiabilidade e melhorar a qualidade de vida desses clientes, que agora apresentam limitações, sendo necessárias inúmeras adaptações.

No universo de procura por cuidados de saúde, além da rede de relações, da automedicação, a fé foi avaliada como parte integrante do contexto de cuidado. Porém os estudos não elucidam as formas de atuação desse caminho, ou os mecanismos que são utilizados para obtenção do cuidado.

Outro dado importante é quanto às orientações para o cuidado domiciliar ou autocuidado. As informações precisam ser repassadas de forma clara, dinâmica para favorecer a

compreensão e não implicar em decisões inapropriadas. É imprescindível que os profissionais estejam preparados para este momento, pois os usuários precisam ficar cientes de sua condição e quais são as medidas a serem tomadas.

Vale ressaltar, que os enfermeiros (as) assumem papel de extrema importância neste processo educativo, com destaque aos que atuam na Atenção Básica, por serem porta de entrada, e principalmente as Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, pois em suas consultas mantém contato direto com os usuários em suas áreas de abrangência, que apresentam na maioria das vezes, baixa renda e baixo nível de escolaridade, sendo estes cadastrados e acompanhados por programas, e que vivenciam doenças crônicas.

Por fim, conclui-se que a busca pelo cuidado seja de qualquer esfera, tem em sua essência a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, é fundamental que todos os envolvidos no processo se posicionem diante das dificuldades e com consciência e sensibilidade busquem e exerçam seus direitos garantidos a todo cidadão brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C. ; RABELO, M. C. Significações e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. **Rev. Saúde e Comunicação**. São Paulo, 1995.
- AMARAL, R.F.C., SOUZA T., MELO, T.A.P., RAMOS, F.R.S.. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Rev René**. [on-line]. 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, Dec. 2004 .
- AZEVEDO, Ana Lucia Soares de et al . Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, Sept. 2013 .
- BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, June 2009 .
- BALTOR, Marja Rany Rigotti et al . Percepções da família da criança com doença crônica frente as relações com profissionais da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, Aug. 2013 .
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al . Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 9, Sept. 2011.
- BENSI, Carolina Games et al . Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 52, n. 1, Feb. 2006 .
- BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis et al. Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p.553-558, out/nov, 2010.
- BURISH, T.C.; BRADLEY, L.A. **Coping with chronic disease**. New York: Academic, 1983.
- CASTRO, Aldemar Araújo. **Revisão sistemática e meta-análise**. Compacta: temas de cardiologia, V.3, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org/meta1.PDF>>. Acesso em: 01 de Ago 2013.
- CHRESTANI, Maria Aurora Dropa; SANTOS, Iná da Silva dos; MATIJASEVICH, Alícia M.. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, Nov. 2009 .
- CORDEIRO, R., FERREIRA, S., SANTOS, F., SILVA, L.. Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 21, jul. 2013.

COSTA, Eliane Aparecida de Oliveira et al . Doença crônica da criança: necessidades familiares e a relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 3, Sept. 2013 .

FERREIRA, Hellen Pimentel et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev Bras Clin Med**, Rev Bras Clin Med, v. 4, n. 10, p.278-284, jul. 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias: um estudo qualitativo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 2, 2010 .

FRANZEN, Elenara et al. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Hcpa**, Porto Alegre, v. 2, n. 27, p.28-31, 2007.

FUNDATO, C. T. et al. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 197-208, 2012.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi et al . Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, Mar. 2013 .

GARCIA, Raquel Pötter et al . Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, June 2012 .

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, Nov. 2006.

GIR, Elucir; VAICHULONIS, Carla Gisele; OLIVEIRA, Marcela Dias de. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 5, Oct. 2005 .

GOMES, Wanessa da Silva. **Itinerário terapêutico de uma mulher com úlcera de perna**. 2013. 76 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2013.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4º ed. Porto Alegre: ARTMED, 1994.

KLEINMAN A. The illness narratives, suffering, healing and human condition. **USA: Basic Book**, 1988.

JUNGES, José Roque; BAGATINI, Tatiane. Construção de sentido nas narrativas de doentes crônicos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 2, 2010 .

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, Mar. 2006 .

LORENCETTI, Ariane; SIMONETTI, Janete Pessuto. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, Dec. 2005 .

MARTINS, Luciana Mendes; FRANCA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 4, n. 3, Dec. 1996 .

MEDEIROS, Flávia A et al . Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 12, n. 3, June 2010 .

MENDOZA-SASSI, Raúl et al . Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 20, n. 1, July 2006 .

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 6, Dec. 2007 .

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2a. ed. São Paulo: **Hucitec**; 1991.

MUSSI, Fernanda Carneiro et al . Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 53, n. 3, June 2007.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al . O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 3, June 2012 .

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane; MACIEL, Marcos Gonçalves; RODRIGUES NETO, João Felício. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Belo Horizonte, p.562-572, jan. 2012.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; SANTOS, Maria Lígia de Oliveira dos. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 1, n. 30, p.73-79, 2008.

ROCHA, Neusa Sica da; FLECK, Marcelo Pio da Almeida. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 38, n. 1, 2011 .

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C; A. de M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 7-11, 2007.

SOUSA, J.C. A Doença Crônica e o desafio da Comorbilidade. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.21, p.533-534, 2005.

TADDEO, Patricia da Silva et al . Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, Nov. 2012 .

THAINES, Geovana Hagata de Lima Souza et al . A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 1, Mar. 2009 .

TRAD, Leny Alves Bonfim et al . Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, Apr. 2010.

VISENTIN, Angelita y LENARDT, Maria Helena. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta paul. enferm.** [online]. 2010.

VISENTIN, Angelita. **O itinerário terapêutico: História oral de idosos com câncer.** 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

WYSOCKI, Anneliese Domingues et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo,47(2):440-7, Jul. 2012.

ZAVATINI, Márcia Adriana; OBRELI-NETO, Paulo Roque; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 31, n. 4, Dec. 2010 .

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### SOMATÓRIO DAS COMBINAÇÕES

| BASE DE DADOS          | BVS   | SCELO  | TOTAIS  |
|------------------------|---|--|---|
| ENCONTRADOS            | 26.558  | 01   | 26.559  |
| DISP. TEXTO COMPLETO   | 11.339  | 01   | 11.340  |
| DISP. IDIOMA PORTUGUÊS | 595   | 01   | 596   |
| POR ANO DE PUBLICAÇÃO  | 558<br>2003 (12)<br>2004 (19)<br>2005 (5)<br>2006 (36)<br>2007 (62)<br>2008 (49)<br>2009 (74)<br>2010 (77)<br>2011 (67)<br>2012 (88)<br>2013 (58) | 01<br>2003 (0)<br>2004 (0)<br>2005 (0)<br>2006 (0)<br>2007 (0)<br>2008 (0)<br>2009 (1)<br>2010 (0)<br>2011 (0)<br>2012 (0)<br>2013 (0) | 559<br>2003 (12)<br>2004 (19)<br>2005 (5)<br>2006 (36)<br>2007 (62)<br>2008 (49)<br>2009 (75)<br>2010 (77)<br>2011 (67)<br>2012 (88)<br>2013 (58) |

## APÊNDICE 2

### COMBINAÇÃO 1: Comportamento de procura de cuidados de saúde e Doença crônica

| BASE DE DADOS                        | BVS  | SCIELO  |
|--------------------------------------|--|---|
| ENCONTRADOS                          | 1276   | 0   |
| DISP. TEXTO COMPLETO                 | 529  | 0   |
| DISP. IDIOMA PORTUGUÊS               | 09   | 0   |
| LIMITE: ADULTOS                      | 03   | -   |
| ASSUNTO ESPECÍFICO<br>DOENÇA CRÔNICA | -  | -   |
| POR ANO DE PUBLICAÇÃO                | 03<br>2003 ( 0 )<br>2004 ( 0 )<br>2005 ( 0 )<br>2006 ( 0 )<br>2007 ( 0 )<br>2008 ( 1 )<br>2009 ( 0 )<br>2010 ( 0 )<br>2011 ( 1 )<br>2012 ( 1 )<br>2013 ( 0 ) | 0<br>2003 ( 0 )<br>2004 ( 0 )<br>2005 ( 0 )<br>2006 ( 0 )<br>2007 ( 0 )<br>2008 ( 0 )<br>2009 ( 0 )<br>2010 ( 0 )<br>2011 ( 0 )<br>2012 ( 0 )<br>2013 ( 0 ) |
| TOTAL                                | 03   | 0   |

## APÊNDICE 3

### COMBINAÇÃO 2: Comportamento de procura de cuidados de saúde e Saúde do Adulto

| BASE DE DADOS                        | BVS         | SCIELO     |
|--------------------------------------|-------------|------------|
| ENCONTRADOS                          | 11.193      | 0          |
| DISP. TEXTO COMPLETO                 | 5130        | 0          |
| DISP. IDIOMA PORTUGUÊS               | 82          | 0          |
| LIMITE: ADULTOS                      | 59          | -          |
| POR ANO DE PUBLICAÇÃO                | 59          | 0          |
|                                      | 2003 ( 0 )  | 2003 ( 0 ) |
|                                      | 2004 ( 2 )  | 2004 ( 0 ) |
|                                      | 2005 ( 3 )  | 2005 ( 0 ) |
|                                      | 2006 ( 8 )  | 2006 ( 0 ) |
|                                      | 2007 ( 11 ) | 2007 ( 0 ) |
|                                      | 2008 ( 4 )  | 2008 ( 0 ) |
|                                      | 2009 ( 6 )  | 2009 ( 0 ) |
|                                      | 2010 ( 6 )  | 2010 ( 0 ) |
|                                      | 2011 ( 4 )  | 2011 ( 0 ) |
|                                      | 2012 ( 9 )  | 2012 ( 0 ) |
|                                      | 2013 ( 6 )  | 2013 ( 0 ) |
| ASSUNTO ESPECÍFICO<br>DOENÇA CRÔNICA | -           | -          |
| TOTAL                                | 59          | 0          |

# APÊNDICE 4

## COMBINAÇÃO 3: Doença Crônica e Saúde do Adulto

| BASE DE DADOS                        | BVS  | SCIELO   |
|--------------------------------------|--|--|
| ENCONTRADOS                          | 14.089   | 01   |
| DISP. TEXTO COMPLETO                 | 5680   | 01   |
| DISP. IDIOMA PORTUGUÊS               | 504  | 01   |
| LIMITE: ADULTOS                      | 246  | -  |
| ASSUNTO ESPECÍFICO<br>DOENÇA CRÔNICA | 51   | -  |
| POR ANO DE PUBLICAÇÃO                | 51<br>2003 ( 12 )<br>2004 ( 14 )<br>2005 ( 0 )<br>2006 ( 25 )<br>2007 ( 50 )<br>2008 ( 43 )<br>2009 ( 65 )<br>2010 ( 71 )<br>2011 ( 60 )<br>2012 ( 77 )<br>2013 ( 47 ) | 01<br>2003 ( 0 )<br>2004 ( 0 )<br>2005 ( 0 )<br>2006 ( 0 )<br>2007 ( 0 )<br>2008 ( 0 )<br>2009 ( 1 )<br>2010 ( 0 )<br>2011 ( 0 )<br>2012 ( 0 )<br>2013 ( 0 ) |
| TOTAL                                | 51   | 01   |

## APÊNDICE 5

# ANÁLISE

| BASE DE DADOS          | BVS | SCIELO |
|------------------------|-----|--------|
| DUPLICAÇÕES            | 39  | 00     |
| TEXTO INDISPONÍVEL     | 14  | 00     |
| REVISÕES DE LITERATURA | 08  | 00     |
| ESTUDOS DE CASO        | 02  | 00     |
| TOTAL                  | 63  | 00     |
| TOTAL GERAL: 63        |     |        |