

CASSIANE SILOCCHI

**A PRÁTICA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO
LONGITUDINAL DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2014

*À memória da minha mãe amada Eliana,
cuja lembrança esteve presente em todos os
momentos deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai *Antônio* que me incentivou na continuidade nos estudos até a chegada a este mestrado.

Agradeço ao meu namorado *Eduardo* pelo companheirismo e compreensão das minhas ausências.

Agradeço ao meu orientador, *Jose Roque Junges*, por me ensinar não somente como redigir essa dissertação, mas também por me ensinar a me portar diante das dificuldades da vida. Obrigada pela amizade, cuidado e, sobretudo, paciência em todos os momentos.

Agradeço aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva que se mostraram sempre presentes, partilhando suas experiências.

Aos membros da Banca de Qualificação, professores, *Rosangela Barbiani* e *Alcides Miranda*, pelas sugestões que enriqueceram esse estudo.

Às colegas do grupo de pesquisa Vulnerabilidade em Saúde e Bioética, em especial à *Marielli Souza* e *Mikaela Basso*, pelo auxílio com as transcrições e às mestras *Rafaela Schaefer*, *Carlise Dalla Nora*, *Janaína Tedesco* e *Cláudia da Silva* pelo auxílio com informações importantes e esclarecimentos de dúvidas.

Minha grande amiga e colega de mestrado *Roniele Sarges*, pelo seu trabalho conjunto nos grupos focais com as equipes de saúde da família. Agradeço aos demais colegas, em especial ao *Leonardo Neves*, *Miriam Muller* e *Luisa Salvador*, por toda ajuda, por nossa amizade, nossos trabalhos e nossas loucuras.

Às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e às equipes de saúde da família que participaram deste trabalho, pela colaboração que foi muito importante.

Finalmente, gostaria de agradecer à *Universidade do Vale do Rio dos Sinos* (UNISINOS) pelo ensino de qualidade e à CAPES, sem os quais essa dissertação dificilmente poderia ter sido realizada e a todos mais que eu não tenha citado, mas que de uma forma ou outra contribuíram para a realização desta dissertação.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 1.....	57
Quadro 2 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 2.....	61
Quadro 3 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 3.....	63
Quadro 4 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 4.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CARMEM	Conjunto de Orientação para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis
CCM	ChronicCareModel
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes mellitus
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LC	Linha de Cuidado
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O novo perfil demográfico, nutricional e epidemiológico da população muda o cenário sanitário, porque as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assumem papel de destaque, exigindo uma mudança nas práticas e na organização do sistema de saúde. Assim, o trabalho tem como objetivo analisar as práticas das equipes de atenção primária no cuidado longitudinal de pessoas com DCNT, como o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. A pesquisa é descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A coleta de dados desenvolveu-se em duas etapas. Na primeira etapa foram entrevistadas pessoas com DCNT para conhecer a percepção das mesmas sobre sua saúde, doença e cuidado. A partir disso, foram realizadas discussões focais com quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo presente elementos que apareceram nas entrevistas. A análise interpretativa chamada de hermenêutica dialética foi a técnica utilizada para a análise dos dados. Os resultados retrataram dificuldades para criar vínculo; para desenvolver uma prática para além da resposta à demanda e para responsabilizar-se pelo usuário diante dos entraves na rede. Essas dificuldades aparecem no desenvolvimento de ações educativas que motivem mudanças comportamentais no estilo de vida e no acompanhamento do usuário em suas necessidades de acesso à rede atenção à saúde. No estudo aparece que as práticas dos profissionais estão pautadas por modelos prescritivos e autoritários de educação em saúde e tendo como foco das ações a patologia e não a promoção da saúde. Planejar o funcionamento dos serviços de saúde e investir em educação permanente para profissionais das equipes de atenção primária possibilitam melhorias no cuidado longitudinal de pessoas com DCNT.

Palavras-chave: Doenças crônicas; Atenção Básica à Saúde; Longitudinalidade; Cuidado; Dieta.

ABSTRACT

The new demographic, nutritional and epidemiological profiles of our population changes the sanitarians scenario, because non-communicable chronic diseases (NCDs) assume a prominent role, demanding a radical change on the practices and organization of the health care system. Thus, the study aims to examine the practices of primary care teams in the longitudinal care of people with NCDs, such as diabetes mellitus (DM) and hypertension (SAH) in a municipality in the metropolitan region of Porto Alegre, RS, Brazil. The research is descriptive, exploratory with a qualitative approach. Data collection was developed in two stages. In the first stage people with NCDs were interviewed to know the same about their perception of health, illness and care. From there, focus discussion were held with four teams of the Family Health Strategy (FHS) having elements that appeared in the interviews. The interpretative analysis called hermeneutic dialectic was the technique used for data analysis. The results showed that teams have difficulty to establish a relationship with this person; to develop a practice beyond the mere answer to demand and to be responsible for the user before all the intricacies of the system. These difficulties show up on the development of educational actions that motivate behavioral changes in lifestyle and monitoring of the user in his necessities of access to health care. In this study, we see that practices from professionals are based on prescriptive and authoritative models of education on health, focused on actions on pathology and not the promotion of health. Planning the operation of public health and investment in continuing education for professional teams in primary care opens up possibilities for improvements in the longitudinal care of people with NCDs.

Key Words: Chronic Diseases; Primary Care Health Service; Longitudinality; Care; Diet.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em três partes: projeto, relatório e artigo. No projeto apresentam-se o tema e o problema de pesquisa, seus objetivos, sua justificativa, seu referencial teórico, a metodologia utilizada, além dos aspectos éticos, do orçamento e do cronograma. Este projeto passou por um exame de qualificação para sua aprovação, a partir do qual foram feitas observações que foram inseridas no texto. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), recebendo resolução de aprovação.

O relatório se refere à descrição do trabalho desenvolvido, desde as conversas iniciais para a entrada em campo, as diversas coletas de dados e os caminhos de análise desses dados. Por fim, a última parte consiste num artigo que sintetiza os resultados da pesquisa e que será submetido na revista INTERFACE- Comunicação, Saúde e Educação.

SUMÁRIO

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 TEMA.....	14
3 PROBLEMA.....	15
4 OBJETIVOS.....	16
4.1 OBJETIVO GERAL	16
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5 JUSTIFICATIVA.....	17
6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6.1 O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	18
6.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
7 METODOLOGIA	28
7.1 TIPO DE ESTUDO	28
7.2 LOCAL DA PESQUISA	28
7.3 ENTRADA EM CAMPO	30
7.4 SUJEITOS DE PESQUISA.....	31
7.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
7.6 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	32
7.7 ASPECTOS ÉTICOS	33
8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	34
9 CRONOGRAMA	35
10 ORÇAMENTO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	42
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	43
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARTICIPANTES COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	44

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	45
.....	
PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	45
APÊNDICE E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	46
.....	
PARTE 2 – RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	48
1 INTRODUÇÃO	49
2 ENTRADA EM CAMPO	49
3 COLETA DE DADOS	49
3.1 ENTREVISTAS.....	49
3.1.1 Primeira entrevista.....	50
3.1.2 Segunda entrevista.....	51
3.1.3 Terceira entrevista	52
3.1.4 Quarta entrevista	54
3.2 GRUPOS FOCAIS	55
3.2.1 Primeiro Grupo Focal	56
3.2.2 Segundo Grupo Focal.....	60
3.2.3 Terceiro Grupo Focal	62
3.2.4 Quarto Grupo Focal.....	64
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico, demográfico e nutricional brasileiro vem se modificando desde a metade do século passado, e, neste cenário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) atualmente assumem papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade. O termo “doenças crônicas não transmissíveis” pode ser caracterizado por um conjunto de doenças com história natural prolongada, fatores de risco múltiplos e interação de fatores etiológicos desconhecidos. Também é caracterizada pelo longo período de latência e longo curso assintomático. O curso clínico, em geral, é lento e permanente. As lesões celulares ocasionadas pela doença são irreversíveis e podem evoluir para diferentes graus de incapacidade e até morte (LESSA, 1998).

As causas das DCNT estão relacionadas a fatores de risco que interagem, de forma peculiar, de acordo com as diferentes regiões do mundo. São eles: fatores socioeconômicos, culturais e ambientais (globalização, urbanização e envelhecimento da população); fatores individuais modificáveis (dieta inadequada, inatividade física, tabagismo, consumo de álcool); fatores individuais não-modificáveis (idade, gênero, hereditariedade); e fatores fisiológicos e bioquímicos (hiperlipidemia, sobrepeso/obesidade, por exemplo) (TUKUITONGA, 2006).

A OMS (2003) presume que o percentual de DCNT atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular encefálico, depressão e câncer. Caso não sejam adequadamente gerenciadas, até 2020, trarão duas consequências desastrosas: serão a primeira causa de incapacidades e se tornarão os mais dispendiosos problemas de saúde para os sistemas de saúde em todo o mundo.

Nolte e Mackee (2008) afirmam que o aumento da prevalência de DCNT coloca desafios para o sistema de saúde. A atenção à saúde ainda é baseada no modelo do cuidado ao evento agudo, que é pouco adequado para atender às necessidades das pessoas com DCNT. Com base nesses pressupostos, impõe-se a necessidade da construção de um novo modelo de atenção. Em meio às diferentes possibilidades que vêm sendo experimentadas no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem se consolidando

como eixo reestruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) e visa o trabalho na lógica da promoção e educação em saúde (BRASIL, 2010).

Diante disso, o objetivo do presente trabalho foi conhecer a percepção das pessoas com DCNT sobre sua saúde, doença e cuidado e analisar as práticas longitudinais oferecidas pelos profissionais às essas pessoas, cobertas pela ESF do município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul-Brasil.

2 TEMA

Cuidado longitudinal de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na atenção básica.

3 PROBLEMA

Como se desenvolvem as práticas das equipes de atenção primária no cuidado longitudinal de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as práticas das equipes de atenção primária no cuidado longitudinal de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o diabetes e a hipertensão.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção de pessoas com DCNT sobre sua saúde, sua doença e seu cuidado.

- Apontar as dificuldades das equipes de saúde quanto ao cuidado longitudinal de pessoas com DCNT.

5 JUSTIFICATIVA

Ainda durante a graduação desta autora em Fisioterapia, nas disciplinas de fisioterapia comunitária, chamou a atenção a expressiva demanda por atendimento fisioterapêutico a pacientes acometidos por DCNT nas comunidades Colonial e São Jorge, localizadas no município de Sapucaia do Sul (RS). Uma questão emergiu de toda essa problemática. Os fatores de risco são as principais manifestações das DCNT, e sua prevenção é extensamente descrita pela literatura. Sendo assim, por que milhares de indivíduos que têm acesso aos serviços de saúde continuam sofrendo as consequências de fatores de risco não controlados? Após a leitura de diversos estudos que abordam a prevenção das DCNT sob diferentes enfoques, essa pergunta inicial foi sendo desenvolvida até dar origem ao objeto de estudo deste trabalho.

O principal fenômeno demográfico do século XX, conhecido como envelhecimento populacional, tem levado a pensar uma reorganização do sistema de saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio devido às DCNT que apresentam (NASRI, 2008). Em Sapucaia do Sul, a esperança de vida ao nascer aumentou 5,8 anos nas últimas duas décadas, passando de 69,9 anos em 1991 para 72,5 anos em 2000, e para 75,7 anos em 2010, totalizando 13.644 idosos (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

Além do fenômeno demográfico, está presente também o contexto de intensa transição epidemiológica e nutricional. Sendo assim, ressalta-se a importância do entendimento sobre as possibilidades de prevenção de DCNT na população numa perspectiva de produção de conhecimentos estratégicos para o planejamento de modelos de atenção adequados (CAMPOLINA *et al.*, 2013).

Assim, a opção de realizar este estudo é motivada pelos seguintes aspectos: mudanças ocorridas nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população; importância das DCNT no quadro das condições de saúde; escassez de estudos qualitativos sobre o cuidado longitudinal destas doenças; oportunidade de contribuir com o planejamento de ações para o enfrentamento das DCNT.

6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

6.1 O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional vem ocorrendo de maneira rápida a partir da década de 1950 (BARRETO *et al.* 2009). A transição demográfica se refere à mudança na estrutura etária da população, a qual resultou em queda nas taxas de fecundidade e de natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida e do número de idosos (MALTA; DUARTE, 2006).

A transição epidemiológica, por sua vez, é entendida como as mudanças ocorridas, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte e invalidez que caracterizam uma população específica (SHRAMM, 2004). Assim, segundo Malta e Duarte (2006), a transição epidemiológica decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais das últimas décadas. Mendes (2011) acrescenta que, paralelamente ao processo de urbanização, desenvolveram-se estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, entre eles, aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados.

Para Mendes (2011), há padrões diferentes de transição epidemiológica nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, a transição fez-se, por três fases, segundo a teoria de Omram (1971):

'Era da fome das pestilências': durou até o fim da Idade Média e foi caracterizada por altos índices de natalidade e por altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e epidemias. Nessa fase, a expectativa de vida estava em torno de 20 anos e o crescimento demográfico foi lento.

'Era do declínio das pandemias': durou até o início da Revolução Industrial e foi caracterizada pelo desaparecimento das pandemias, embora as doenças infecciosas continuassem a ser a principal causa de morte. Nessa fase, houve melhora no padrão de vida, e a expectativa de vida alcançou os 40 anos. Como as taxas de mortalidade diminuíram e a natalidade continuava alta, iniciou-se um período de crescimento populacional.

‘Era das doenças degenerativas’: durou até os tempos modernos. Caracterizou-se pela melhora do padrão de vida e pela diminuição das doenças infecciosas. A expectativa de vida atingiu os 70 anos. As principais causas de mortalidade passaram a ser as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Nesse período, houve diminuição no crescimento demográfico.

Frenket *al.* (1991) avançam nessa perspectiva, mencionando que essa transição, nos países em desenvolvimento, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao se superporem uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública. Por isso, em vez de falar em transição epidemiológica, é melhor dizer polarização epidemiológica, caracterizada pela persistência de doenças infecciosas e pelo crescimento das doenças crônicas.

A transição nutricional, por fim, é o fenômeno no qual ocorre uma passagem da desnutrição para a obesidade (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003). Para Malta e Duarte (2006), a transição nutricional advém da facilidade de acesso a alimentos calóricos e do aumento da obesidade. O aumento da prevalência da obesidade nas últimas décadas tem sido atribuído a alterações do consumo alimentar – maior densidade energética, alto consumo de carboidratos refinados, gorduras saturadas, ácidos graxos “trans”, colesterol, bebidas alcoólicas e alimentos tipo *fast-foods* (PEÑA; BACALLAO, 2001).

Mendonça e Anjos (2004) salientam que esse padrão alimentar favorece o desenvolvimento da HAS, pois a maioria desses alimentos é rico em sódio, principalmente os *fastfoods*, que estão sendo consumidos cada vez em maior quantidade, influenciados pelo estilo de vida agitado, no qual as pessoas têm pouco tempo para preparar e realizar suas refeições. Além disso, a dieta inadequada possui uma relação com o aumento da incidência do DM.

A HAS é uma síndrome de origem multifatorial, caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos arteriais. Desse modo, possibilita anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos (SBH, 2014). Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa da HAS e que 4,5% da carga de doença no mundo sejam causados pela HAS (WHO, 2005).

As complicações resultantes do diagnóstico tardio da HAS e da não adesão ao tratamento podem implicar em internações e custos hospitalares, constatados pelos dados apresentados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), ou seja, 17,6% das internações estão relacionados com a HAS, o que corresponde a 5,9% dos recursos pagos pelo SUS (SANTOS; LIMA, 2008).

O DM é outro importante problema de saúde pública e se caracteriza pelo aumento da glicose na circulação sanguínea, ou seja, a hiperglicemia. Esse aumento ocorre porque a insulina deixa de ser produzida pelo pâncreas, ou então, é produzida de forma insuficiente ou não funciona adequadamente (WIDMAN; LADNER, 2002). Estima-se que sua prevalência esteja em torno de 8% na população brasileira de 30 a 69 anos, sendo que metade dos pacientes acometidos pela doença desconhece a condição (MOKDAD *et al.*, 2001).

De acordo com McLellan *et al.* (2006), o DM representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. Vale destacar que essas complicações, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. As hospitalizações atribuíveis ao DM representam 9% dos gastos hospitalares do SUS (ROSA; SCHMIDT, 2008).

O atual modelo de atenção à saúde não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico, demográfico e nutricional da população, na qual há ascensão das DCNT, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde. Segundo Mendes (2009), o sistema inadequado se explica pelo fato de as soluções para o enfrentamento das condições agudas serem as mesmas utilizadas para as condições crônicas. Não se dá atenção à necessidade de um acompanhamento contínuo das condições crônicas. No entanto, o modelo de atenção para as condições agudas não é apropriado para a atenção das condições crônicas.

Conforme descreve Mendes (2002), a rede de serviços de saúde foi sendo implantada ao longo dos anos na lógica da oferta e não da necessidade de saúde da população, não tendo vinculação com a clientela. Os serviços não são integrados, mas fragmentados, ou seja, não apresentam comunicação entre os diferentes

pontos de atenção. A rede é muito polarizada entre atenção ambulatorial e hospitalar, e poucos gestores e profissionais conhecem os problemas de saúde na região onde atuam. A OMS (2003) afirma que, se não ocorrerem mudanças, os sistemas de saúde continuarão evoluindo de forma ineficiente, ao mesmo tempo em que a prevalência de condições crônicas seguirá aumentando. Países de renda alta e baixa gastam bilhões de dólares em internamentos hospitalares, tecnologias caras e uma gama de informações clínicas inúteis. As despesas com a saúde continuam aumentando sem proporcionar melhoras na situação de saúde.

O maior problema dos modelos assistenciais talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando oferece um programa diferenciado, as propostas são voltadas para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos indivíduos possuem patologias crônicas. Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores, que buscam intervenções e estratégias para combater esse agravo (VERAS, 2011).

6.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), para dar conta da situação de saúde, o modelo de atenção deve mudar radicalmente. As mudanças nos sistemas de saúde têm sido buscadas por meio da organização de redes de atenção à saúde (RAS). Mendes (2011 p. 71) definiu RAS como

organizações de serviços de saúde vinculados entre si por objetivos comuns, que permitem ofertar atenção contínua e integral à população, coordenada pela APS prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

A superação da crise na saúde está sendo buscada em âmbito internacional. Há uma proposta do Chronic Care Model (CCM), desenvolvida por Wagner (1998) nos Estados Unidos e que tem sido aplicada em diferentes países. A partir desse modelo, das experiências internacionais, Mendes (2011) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que se estrutura pela estratificação de níveis de intervenções de saúde: nível 1, intervenções de promoção da saúde; nível

2, intervenção de prevenção das condições crônicas; níveis 3-4, gestão da condição de saúde; nível 5, gestão do caso. A estratificação desses níveis se estrutura sobre seus determinantes e suas populações, a partir das quais se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato.

Recentemente, o Ministério da Saúde (MS), também preocupado com a situação de saúde, criou o *Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022*. O Plano aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Esse Plano visa a preparar o Brasil para enfrentar as DCNT nos próximos dez anos e tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2011).

A fragmentação do sistema é ainda um desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema por meio da construção de redes vem ao encontro desse desafio, visto que o trabalho em rede busca o fortalecimento da atenção básica. Ao reconhecer a oportunidade de melhorar os serviços de saúde para as condições crônicas, o MS também elaborou em 2012 o “Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritária”. Esse documento visa estabelecer as diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Na estrutura da referida Rede, a APS tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2011a).

A APS caracteriza-se por ações preventivas e de promoção da saúde. Nesse sentido, a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa e individual para assumir proporções mais amplas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde. A APS destaca-se entre os níveis de atenção à saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos

profissionais, sendo até mesmo considerada a alavanca para a transformação do sistema como um todo (RONZANI, 2003).

Sabendo que a APS constitui uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, onde grande parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos, é evidente que a ESF tem papel fundamental no processo de acompanhamento e prevenção das DCNT. Um estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Fortaleza, Ceará, destacou as HAS e DM como as como as doenças mais frequentes. Esses dados são compatíveis com os dados da literatura atual, os quais mostraram, na maioria dos estudos, a HAS como principal causa de consulta em unidades básicas de saúde (PIMENTEL *et al.*, 2011).

Os tratamentos adequados da HAS, do diabetes e de outras tantas DCNT, envolvem múltiplos fatores, que exigem de todos os envolvidos, estratégias que deem conta dessa complexidade. Sabe-se que os melhores resultados são obtidos quando a abordagem é multidisciplinar, ou seja, não se restringindo ao âmbito biológico, mas ampliando a intervenção para todo o contexto social. A ESF, com uma equipe de saúde adequadamente capacitada, por meio de ações coletivas, programas educativos, de comportamento e cuidado longitudinal, poderá prevenir as DCNT, alcançando o bem-estar e a qualidade de vida dos sujeitos (SILVA; BELLATO, 2009).

6.3 MODELOS DE CUIDADO PARA A PESSOA COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O quadro atual de saúde tem desafiado o modo de produção das práticas em saúde. As intervenções tradicionais que foram capazes de controlar epidemias, prolongar a vida e aliviar a dor mostram-se insuficientes ao lidar com as demandas que se apresentam à saúde no contemporâneo. Esse fenômeno tem gerado tensão entre gestores, trabalhadores e usuários e constitui-se em um desafio a ser enfrentado.

Nesse sentido, faz-se necessária a incorporação de novos recursos, capazes de contribuir com a construção ou a formulação de propostas de intervenção. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos

usuários de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto (CABRAL *et al.*, 2011).

Utilizando o modelo proposto por Merhy e Franco (2003), no qual os autores defendem que as novas abordagens devam ser construídas a partir do universo relacional, em que é possível produzir o "cuidado que cuida", pautado nas tecnologias leves, apresentamos o conceito de itinerários terapêuticos, que pode desempenhar papel importante para compreender como a pessoa com DCNT constrói seus próprios caminhos no enfrentamento das exigências e conseqüências que a cronicidade da doença acarreta. Itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.).

Mattosinho e Silva (2007) ressaltam que compreender o itinerário terapêutico contribui para uma atuação profissional mais humanizada, fazendo com que o profissional deixe de centrar suas ações apenas no seu conhecimento e abra espaço para as experiências daqueles que vivem a doença crônica. Os profissionais de saúde, ao entenderem melhor o que as pessoas fazem na busca por cuidados, mostram-se mais abertos a estabelecer novas trocas e relações.

Nos últimos anos, a promoção da saúde também se caracteriza como uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas. A promoção da saúde começou a ser introduzida em 1974, no Canadá. O Ministro da Saúde, Mark Lalonde, divulgou o documento "A New Perspective on the Health of Canadians", que veio a ser conhecido como Informe Lalonde". (CARVALHO, 2005). O Informe Lalonde propôs a ampliação do campo de atuação da Saúde Pública, priorizando programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida. A proposta teve sucesso, e o Canadá foi sendo apresentado como um modelo exitoso, mas essa ideia exclusiva nos hábitos pessoais de saúde foi sendo aos poucos criticada (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Ao considerar os indivíduos como os únicos responsáveis pela sua saúde, as determinações sociopolíticas e econômicas ficam mascaradas, os governos ficam desresponsabilizados, e a "culpa" pela situação de saúde recai no indivíduo. Nesse

contexto, a partir da década de 1980, com o apoio de várias conferências sobre Atenção Primária à Saúde, um movimento para atualização da promoção da saúde surge e, inspirada pelas Declarações de Alma-Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, ocorre a 1ª Conferência Internacional de Atenção Primária em 1986 na cidade de Ottawa, a qual passou a ser chamada Carta de Ottawa (OMS, apud BUSS, 2000). A carta explicita que a promoção está além do setor saúde e enfatiza a atribuição da promoção de fazer com que todos os serviços, assumam a saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Na sequência de eventos importantes, realiza-se a Conferência de Santa Fé de Bogotá em 1992, em Bogotá, Colômbia. Essa conferência, conhecida como Declaração de Santa Fé de Bogotá, destaca-se em função de ser a primeira que trata do assunto na América Latina e reconhece a relação entre saúde e desenvolvimento, afirmando que a promoção da América Latina deve buscar a criação de condições que garantam bem-estar geral como propósito fundamental no desenvolvimento. Finalmente, em 2006, no Brasil, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a proposta de promover a qualidade de vida e estimular o fortalecimento da participação social e o empoderamento individual e comunitário (BUSS, 2000).

Silva, Cotta e Rosa *et al.* (2013) realizaram uma revisão sistemática tendo como foco a análise da produção científica sobre os principais projetos e estratégias de promoção da saúde e prevenção no combate às DCNT em todo o mundo. No intuito de contemplar toda a produção científica, foram incluídos trabalhos publicados desde a década de 1970. Os resultados dessa revisão evidenciam que vários projetos de intervenção populacional foram desenvolvidos com o objetivo de promover mudanças comportamentais que reduzissem fatores de risco para DCNT. Entretanto, é notória a ausência de novos projetos e estratégias de grande impacto para o enfrentamento das DCNT na atualidade. Tais projetos são importantes em vista das mudanças de vários aspectos na população ao longo do tempo.

No Brasil, a iniciativa CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis), implantada nas regiões onde há equipes da ESF, indica que o novo modelo facilita a atenção, o controle dos fatores de risco e as ações de promoção da saúde. A rede CARMEN, apoiada

pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), baseia-se na implementação de áreas onde são desenvolvidos projetos de prevenção de fatores de risco para DCNT com ênfase na participação comunitária e nas parcerias intersetoriais. A partir de um diagnóstico da prevalência dos fatores de riscos, são desenvolvidos projetos de prevenção e controle de DCNT. A iniciativa é conduzida em municípios brasileiros desde 1998, com destaque para Goiânia, capital do estado de Goiás, e a região de Marília, no interior do estado de São Paulo, ambos municípios dedicados à execução de intervenções com o objetivo de reduzir a morbidade e a exposição aos fatores de risco (BRASIL, 2007).

Outro foco a se atuar nas respostas às pessoas com DCNT consiste na melhoria dos serviços de saúde. Nessa dimensão, está a importância de se integrar a atenção primária aos diversos níveis de atenção. A integração das ESF à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades mais complexas. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade do cuidado ao longo da rede de serviços por meio de mecanismos de integração, tecnologias de gestão clínica e instrumentos para a comunicação entre profissionais de diferentes serviços (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, ganham espaço, as Linhas de Cuidado (LC). Franco e Franco (2010) definem LC como o caminho que o usuário percorre dentro da rede de saúde. A LC incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde. Para Cecilio (2001), a integralidade do cuidado que cada usuário necessita transversaliza todo o sistema de saúde. Não há integralidade sem transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.

Segundo Malta e Mehry (2010), todos os pontos da rede de serviços são essenciais para a LC. Para o portador de DCNT, é essencial acessar a rede “básica”, ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe. Conforme descrevem os autores, o usuário poderá necessitar de apoio diagnóstico e de cuidados articulados de forma a remetê-lo de volta ao cuidador, após o percurso em cada “ponto de cuidado”. Com isso, espera-se evitar o uso dos serviços hospitalares. Entretanto, se isso acontecer, o hospital pode ter papel na ligação da rede. Por exemplo, o momento de alta do indivíduo poderia ser um momento para se produzir a continuidade do cuidado na rede básica onde o usuário já está conectado.

Sendo assim, a tradicional pirâmide com única porta de entrada é substituída por cuidados interligados que irão facilitar ações preventivas e de promoção da saúde. A construção das linhas de cuidado pode se basear na questão da longitudinalidade, que se dá numa relação em longo prazo, entre profissionais e usuários. Dessa forma, o trabalho em equipe constitui uma importante ferramenta para reconhecer que o que flui pela linha de cuidado é um sujeito, um processo de subjetivação e não um processo patológico (CECCIM; FERLA, 2006).

7 METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo será de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A utilização da pesquisa qualitativa se justifica uma vez que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p.57).

A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, permitindo ao pesquisador fazer uma interpretação dos dados ou tirar conclusões sobre seu significado (CRESWELL, 2007)

7.2 LOCAL DA PESQUISA

Foi escolhido o município de Sapucaia do Sul como local da pesquisa por ter uma rede de atenção primária bem organizada e por ter introduzido a figura do apoiador institucional como agente de mediação entre a atenção e a gestão e de educação permanente para as equipes.

Vale destacar que segundo dados disponíveis no DATASUS a prevalência de HAS aumentou significativamente nos últimos anos em Sapucaia do Sul. Esta prevalência era inferior a 10% em 2006, chegando a 10,6% em 2011, a 11,9% em 2012 e a 12,1% em 2013. O DM também vem aumentando sua importância pela crescente prevalência no município, demonstrando uma prevalência de 3,8% na população.

De acordo com os indicadores do Pacto de Atenção Básica (2002) relativos à taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), a proporção de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e por diabetes mellitus foram desfavoráveis ao município de Sapucaia do Sul quando comparados ao RS e ao Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores do Pacto de Atenção Básica de 2002

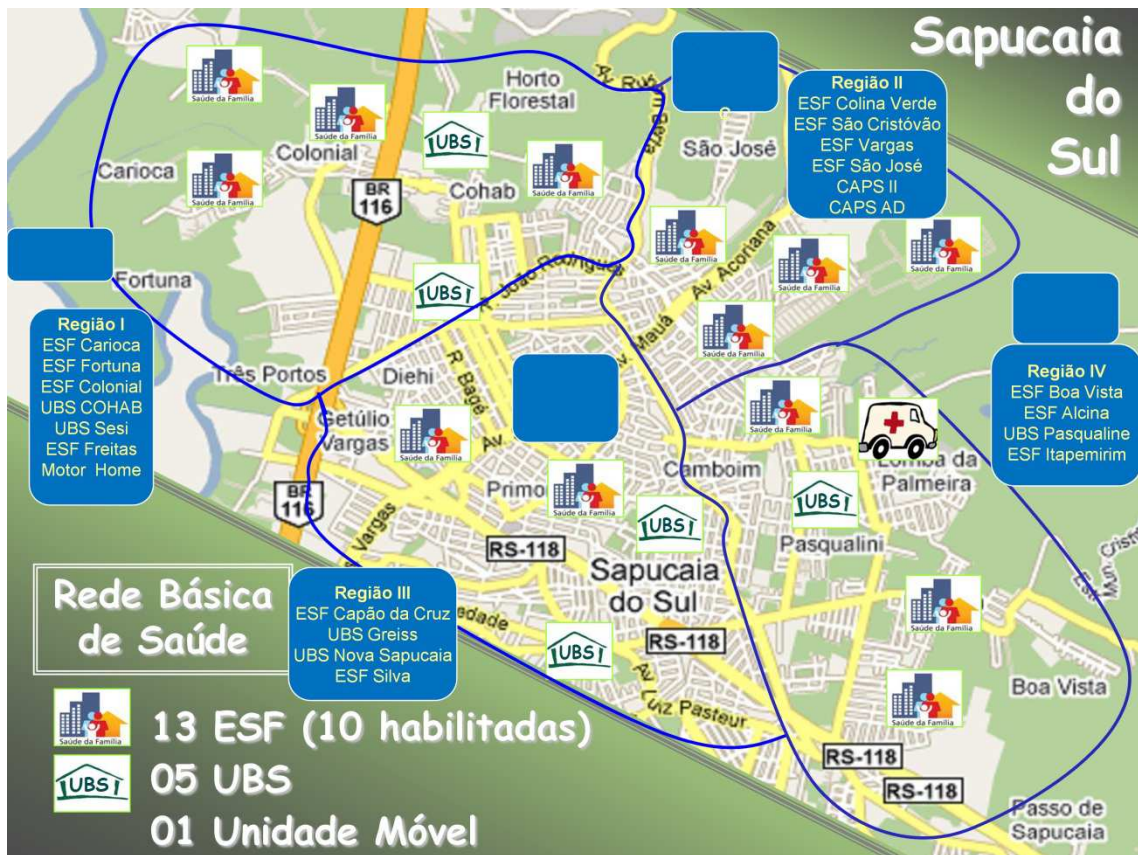
Indicadores	Sapucaia do Sul	RS	Brasil
Taxa de internação por AVC	70,9	34,5	32,7
Taxa de internação por ICC	95,3	77,2	66,3
% de internação por DM	2,3	1,7	1,3

Fonte: Pacto de Atenção Básica 2002.

O município está localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, no Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande do Sul (RS). A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) é de 130.957 habitantes.

Sua área territorial é de 58 km², com densidade demográfica de 2.245,91 habitantes/km² (IBGE, 2010). Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde do município, a rede básica de saúde é composta por 19 unidades, sendo cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 equipes de ESF e uma unidade móvel (Figura 1). A 14^a equipe de ESF (ESF Natal) foi inaugurada em 2012 e pertence à Região III.

Figura 1 – Composição da rede básica de saúde de Sapucaia do Sul-RS.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul – RS.

7.3 ENTRADA EM CAMPO

O primeiro contato com o município deu-se em 17 de maio de 2013. Nessa ocasião, houve uma reunião com a encarregada da atenção primária do município e com o secretário de saúde com o intuito de apresentar a temática do presente projeto de pesquisa. Ambos afirmaram que interessa muito à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) essa temática e no dia de 06 de agosto de 2013, a pesquisadora recebeu da SMS a autorização formal para a realização do trabalho de campo no município (ANEXO B).

Também ficou definido que as estratégias de saúde da família serão apontadas após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, o que já aconteceu. Foram definidas como locais de estudo as seguintes equipes de Estratégia Saúde da Família: Colonial na Região I; São Cristóvão na Região II; Silva na Região III; e Boa Vista na Região IV.

7.4 SUJEITOS DE PESQUISA

A população do estudo será composta por profissionais de saúde de quatro equipes da ESF indicadas pela SMS e quatro pessoas com DCNT, acompanhada por estes profissionais, tendo como critério de escolha: ter HAS e/ou DM e escolher pessoas de ambos os sexos. A opção pela abordagem da HAS e do DM no presente estudo foi devido às seguintes características das duas doenças: fatores de risco; importância do tratamento não medicamentoso, cronicidade, complicações, ocorrência geralmente assintomática, difícil adesão ao tratamento e necessidade de controle rigoroso para evitar complicações, além de ambas serem doenças de alta prevalência (BRASIL, 2002).

A totalidade dos sujeitos de pesquisa será em torno de 45 pessoas, incluindo os profissionais das quatro equipes da ESF e os quatro sujeitos com DCNT, um pertencente a cada equipe.

7.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se desenvolverá em duas etapas.

a) Entrevistas com as pessoas com DCNT

A primeira etapa consistirá na realização de entrevistas semiestruturadas com as pessoas com DCNT. A entrevista semiestruturada constará de duas partes. A primeira apresenta questões fechadas, contendo os dados de identificação dos sujeitos, para uma breve caracterização destes e a segunda parte com questões norteadoras abertas, podendo emergir outros questionamentos que forem pertinentes durante a entrevista a fim de proporcionar que os participantes possam manifestar seus pontos de vista e suas percepções. O tempo de cada entrevista será de aproximadamente 50 minutos, variando de acordo com a fluência do diálogo. A entrevista será realizada na própria casa da pessoa, em dias e horários acordados com os participantes.

Quanto à indicação das pessoas com DCNT, o viés esperado é de que a equipe de APS indique uma pessoa exitosa no seu tratamento.

b) Discussões focais com os profissionais das equipes de saúde da família

Em um segundo momento, após a transcrição e a pré-análise das entrevistas serão realizados grupos focais com as equipes de saúde da família, tendo presente elementos que apareceram nestas entrevistas e como questão central as práticas das equipes no cuidado longitudinal das pessoas com DCNT.

O grupo focal será organizado pela própria pesquisadora, que terá como função conduzir e manter a discussão focada. Sua função será formular as questões e provocar a discussão de todos os membros. O tempo de cada grupo focal será de aproximadamente 90 minutos, variando de acordo com o tempo disposto por parte da equipe de saúde da família e com o aprofundamento das questões. O local para a discussão focal será o próprio espaço da ESF que durante o tempo das reuniões semanais fica fechada para os usuários

Para garantir a fidedignidade das falas, as entrevistas e os grupos focais serão gravados digitalmente em áudio, transcritos na íntegra, ficando sob a guarda da pesquisadora e destruídas após três anos.

7.6. ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A proposta de trabalho para esta pesquisa é utilizar a análise interpretativa chamada de Hermenêutica. Aqui, a partir do círculo hermenêutico, que significa o processo entre as partes e o todo a ser analisado, interpretaremos a realidade a ser estudada (MINAYO, 2002).

A hermenêutica possibilitará desenvolver um processo de interpretação a partir do discurso contido nos dados por meio das entrevistas e dos grupos focais. Com isso, será possível dar significado ao conteúdo do que foi coletado.

Minayo (2002) apresenta as etapas de análise dos dados em hermenêutica, que serão seguidos:

1. Ler todas as entrevistas ou textos em busca de uma compreensão geral;

2. Escrever resumos interpretativos de cada entrevista;
3. Pedir a um grupo de pesquisadores que analisem entrevistas transcritas ou textos selecionados;
4. Voltar ao texto para solucionar qualquer discordância interpretativa;
5. Comparar e contrastar o texto para identificar significados comuns e práticas compartilhadas;
6. Deixar emergir relações entre os temas;
7. Apresentar às equipes de saúde um esboço dos temas e trechos exemplares dos textos.

7.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitará as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, para o tratamento das questões éticas implicadas. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNISINOS para ser analisado e já recebeu aprovação com a Resolução n. 13/114 (ANEXO B).

8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a realização do estudo, os resultados da pesquisa serão divulgados por meio das seguintes atividades:

- Apresentação dos resultados preliminares e oficiais da pesquisa em eventos;
- Produção de artigo científico para publicação na revista INTERFACE – Comunicação, Saúde e Educação.
- Apresentação dos resultados aos integrantes da pesquisa e à Secretaria de Saúde de Sapucaia do Sul;
- Disponibilização da versão impressa do artigo final aos interessados.

10 ORÇAMENTO

Quadro 1 - Orçamento

Descrição do Material	Valor Unitário (R\$)	Quantidade	Valor Total (R\$)
Pastas	15,00	5 unidades	75,00
Folhas A4	13,00	5 pacotes	65,00
Gravador digital	200,00	02 um	400,00
Fotocópias	0,15	500 cópias	75,00
Cartucho de tinta preta impressora	110,00	5 unidades	550,00
Transporte	20,00	12 visitas	250,00
Canetas	25,00	01 cx	25,00
Total	383,15	—	1.440,00

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.

Obs.: Os custos listados acima são de responsabilidade exclusiva da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. 2004.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL: base de dados. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/> Acesso em: 20 abr. 2014.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; MORAIS NETO, O. L.; DUARTE, E. C. O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. In:

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. pp. 407-16.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 22 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BARROS, N. F. (Org.). **Cuidado da doença crônica na atenção primária de saúde**. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, vol. 3, n. 2. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de**

indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BURY, M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. **Sociology of Health & Illness**. 13(4): 451-468. 1991.

BUSS, P.M; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, Dec. 2009

CABRAL, A. L. B. V.; HEMÁEZ, A. M.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 11, 2011. pp. 4433-4442.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6):1217-29, 2013.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA A.A. Linha de cuidado: a imagem da manda-la na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde: Pinheiro R, Mattos RA (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Celesc; 2006.p. 165-184

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2013.

FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILLA, J. L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPULVEDA, J. Y. Y. et al. La transition epidemiológica em América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. 1991; 111(6): 485-496.

IBGE, 2010. **Censo Demográfico de 2010**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Sapucaia do Sul, fornecidos em meio eletrônico.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(Sup. 1): S4-S5, 2003.

KLEINMAN, A. **The illness narrative: suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MALTA, D. C.; DUARTE, D. C. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 15, n. 15. p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, jul/set. 2010. p. 593-605.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 20, n. 4.p.425-438, out-dez. Brasília, 2011.

MARTINEZ,H.A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 15, n. 6, novembro-dezembro, 2007.

MCLELLAN, Kátia Cristina Portero. *et al.* Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, vol. 20, n. 5, Campinas, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 20, n. 3. Rio de Janeiro, 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. In: **Saúde em Debate**, vol. 27, n. 65, Rio de Janeiro, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hectic, 2010.

MOKDAD, A. H.; BOWMAN, B. A.; FORD, E. S.; VINICOR, F.; MARKS, J. S.; KOPLAN, J. P. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. **JAMA**, vol. 286, n. 10. 2001. pp. 1195-200.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. 6 (Supl 1): 2008. S4-S6.

NOLTE, E.; MACKEE, M. **Caring for people with chronic conditions.** European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2008.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Mil Bank Memorial Fund Quarterly**, 49 (Part1): 509-538. 1971.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OPAS/OMS 2004. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098>.

PEÑA, M.; BACALLAO, J. La obesidad y sus tendencias em La región. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 10. 2001. pp. 75-78.

PIMENTEL, I.R.S et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revbrasmedfam comunidade.** Florianópolis, Jul-Set; v.20, n.6. p. 175-81, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7 ed.. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RONZANI, T.M, STRALENC.J.V. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Rev APS**, v. 6, n.2. p.99-1, 2003.

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol Serv Saude**. vol. 17, n. 2. 2008. pp. 131-4.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm.**, vol. 17, n. 1. 2008. pp. 90-7.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, dez. Rio de Janeiro, 2004.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic., saúde, Educ**, v.7, n.12. p. 91-112, 2003.

SILVA, A.P.F.; BELLATO R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 43. n. 4. p. 752-759, 2009.

SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 34, n. 5, Washington, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **Portal de hipertensão**. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>. Acesso em: 20 abr. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Q**, vol. 83, n. 3. 2005. pp. 457-502.

TUKUITONGA, Colin. WHO strategy on diet, physical activity & health targets global chronic-disease burden. **Policy Beat**, Maryland (USA), v. 14, n. 1, p. 9-10, Summer, 2006.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 4, Rio de Janeiro, 2011.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. WHO global report, 2005.

WIDMAN, S.; LADNER, E. **Diabetes**. Série informação é saúde. São Paulo: Editora Senac, 2002.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Data da entrevista:

Dados pessoais

- Nome:
- Idade:
- Ocupação:
- Tempo em que reside na comunidade:
- Doença crônica referida:
- Reside com alguém? Se sim, com quem?
- Desde quando tem conhecimento da situação de adoecimento:

O adoecimento crônico e os itinerários terapêuticos

- Ao perceber que a sua saúde estava fragilizada, quais foram os caminhos que você percorreu em busca de cuidado? Conte-me sua trajetória.
- Houve mudanças no seu dia a dia (proibição, limitação ou necessidade)? Quais?
- Quais as principais dificuldades para a realização do autocuidado?
- Qual foi o papel da ESF após a descoberta da doença? Qual foi a orientação passada para você? Você segue essa orientação? Como?
- Como você se sente precisando seguir essa orientação?
- A equipe da ESF ajuda no tratamento da sua doença? Como?
- Qual o seu relacionamento com os profissionais da equipe?
- Você está satisfeito com o serviço prestado pela ESF e com os demais serviços de saúde oferecidos pelo município?
- Você já procurou outras pessoas ou serviços para tratar da doença?
- Você gostaria de contar algo a mais sobre sua trajetória em busca do cuidado?

APÊNDICE B – Roteiro para Grupo Focal

Questões:

- De que modo é realizado o cuidado longitudinal das pessoas com DCNT?
- Como realiza-se o planejamento do cuidado longitudinal? Vocês elaboram um plano de ação conjunta para a pessoa?
- Vocês desenvolvem projetos pautados em práticas educativas junto às pessoas com DCNT? Comentem sobre a percepção e aceitação dos mesmos.
- Qual a relação da equipe com as pessoas e sua família no âmbito do cuidado às pessoas com DCNT?
- A equipe mantém uma relação onde a cultura da pessoa não é ignorada? Vocês levam em conta os conhecimentos da população?
- Por exemplo, a HAS é uma doença silenciosa, podendo às vezes não manifestar sintoma, desconforto – o que faz com que não seja reconhecida pela pessoa como uma doença grave, sendo assim, não são tomadas atitudes para o controle da mesma. O que a equipe faz em relação a esse caso?
- Na opinião de vocês quais os motivos que levam as pessoas com DCNT a não desempenharem práticas de autocuidado?
- Qual o trajeto percorrido pela pessoa com DCNT na rede de atenção à saúde do município?
- A demora no atendimento com profissionais especialistas foi uma das questões relatadas pelas pessoas com DCNT. Que estratégia tem sido utilizada para o enfrentamento desse problema?
- A falta e problemas com medicação oferecida pelo SUS foi outra questão referida pelos entrevistados. Na opinião de vocês, como esta problemática se soluciona?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Participantes com doenças crônicas



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE participantes com doenças crônicas

Cassiane Silocchi, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, orientanda do professor José Roque Junges, está propondo um estudo sobre a prática das equipes de saúde da família no município de Sapucaia do Sul-RS em relação a pessoas com doenças crônicas, tentando compreender o modo como eles agem e lidam no cuidado desses usuários. A proposta do estudo justifica-se pela importância das doenças crônicas no quadro das condições de saúde da população. A pesquisa poderá auxiliar na melhoria do relacionamento entre a equipe de saúde da família e os usuários com doenças crônicas, contribuindo assim, para novas práticas de saúde.

Você, como portador de doença crônica, foi indicado pela equipe de saúde da família do seu bairro e, por isso, está sendo convidado a fazer parte dessa pesquisa. Sinta-se totalmente livre em participar e, somente depois de entender bem o projeto, decida entrar ou não no estudo. Será realizada uma entrevista com você, em local da sua preferência, com um roteiro de questões sobre a sua situação de saúde. Essa entrevista será gravada, transcrita e destruída posteriormente. Você não vai correr riscos em participar, mas ao contrário poderá ter benefícios na melhoria do seu acompanhamento.

Se você participar, terá assegurada a confidencialidade das informações que vai dar, isto é, seu nome nunca vai aparecer quando esse estudo for publicado. Você terá todos os esclarecimentos necessários sobre a sua participação e poderá retirar-se do estudo quando quiser sem nenhum prejuízo para a sua pessoa.

Em caso de dúvidas, poderá contatar a mestrande Cassiane Silocchi pelos telefones (54)9138-0607 ou (54)3261-3526 e/ou pelo emailcassi_silocchi@hotmail.com.

Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora responsável.

São Leopoldo, _____ de _____ de 2013.

Nome: _____

Assinatura do Entrevistado Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 23. 1. 08. 2013
.....
.....
.....

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Profissionais da Saúde



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE Profissionais da Saúde

Cassiane Silocchi, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, orientanda do professor José Roque Junges, está propondo um estudo sobre a prática das equipes de atenção primária no cuidado de usuários com doenças crônicas. O estudo procura compreender a atuação das equipes de saúde da família do município de Sapucaia do Sul - RS na linha de cuidado aos usuários com doenças crônicas. A proposta de trabalho justifica-se pela importância das doenças crônicas no quadro das condições de saúde da população. A pesquisa poderá auxiliar na melhoria do relacionamento entre a equipe de saúde da família e os usuários com doenças crônicas, contribuindo assim, para novas práticas e políticas de saúde.

Em primeiro lugar, um usuário com doença crônica, acompanhado por sua equipe, já foi entrevistado. Você, como integrante de uma equipe de saúde da família está sendo convidado a fazer parte deste estudo. Sua participação é voluntária, sinta-se totalmente livre em fazer parte da pesquisa. Para a coleta de dados será realizada uma discussão focal em grupo a partir de um roteiro de questões sobre o cuidado de usuários com doenças crônicas. Se aceitar, você será um integrante desse grupo. A discussão focal será gravada, transcrita e destruída posteriormente. Você não sofrerá risco significativo em participar da discussão.

Participando, você terá assegurada a confidencialidade das informações dadas na discussão, isto é, seu nome nunca vai aparecer quando o estudo for publicado e terá todos os esclarecimentos necessários sobre a sua participação, podendo retirar-se do estudo quando quiser sem nenhum prejuízo para a sua pessoa.

Em caso de dúvidas, poderá contatar a mestrande Cassiane Silocchi pelos telefones (54)9138-0607 ou (54)3261-3526 e/ou pelo emailcassi_silocchi@hotmail.com.

Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora responsável.

São Leopoldo, ____ de _____ de 2013.

Nome: _____

Assinatura do Entrevistado Participante da Pesquisa

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 23.10.2013
[Assinatura]

Assinatura da Pesquisadora

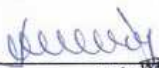
APÊNDICE E – Carta de Autorização para Realização da Pesquisa

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos por meio desta autorizar a pesquisador (a) **CASSIANE SILOCCHI**, da instituição **UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS)**, a realizar a pesquisa intitulada, **A PRÁTICA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS** com período de **agosto de 2013 a julho de 2014** e coleta de dados previsto para o período de **agosto a dezembro de 2013**.

Sapucaia do Sul, 31 de julho de 2013.



José Eloir Wink
Metr. 92323
Secretário Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 117/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale de Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 13/114 **Versão do Projeto:** 23/08/2013 **Versão do TCLE:** 23/08/2013

Coordenadora:

Mestranda Cassiane Silvechi (PPG em Saúde Coletiva)

Título: A prática das equipes de atenção primária no cuidado de usuários com doenças crônicas.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 456/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Semente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 23 de agosto de 2013.



Profª. Dra. Cátia de Azevedo Fronza
 Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

PARTE 2 – RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo geral analisar as práticas das equipes de atenção primária no cuidado longitudinal de pessoas com DCNTE, neste relatório de campo, descrevem-se observações e aspectos interessantes das entrevistas com as pessoas com DCNT e dos grupos focais realizados com as equipes da ESF.

2 ENTRADA EM CAMPO

Como apresentado anteriormente no projeto de pesquisa, a primeira visita ao município foi no dia 17 de maio de 2013, quando, acompanhada do orientador, esta pesquisadora apresentou o pré-projeto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), antes mesmo da qualificação. O projeto foi analisado pelo Grupo de Trabalho (GT) de Educação Permanente da SMS no mês de julho e, no mês seguinte, foi recebida a carta de autorização e a definição das quatro equipes que participariam da pesquisa.

Após a definição das equipes, foi feito contato telefônico com as enfermeiras responsáveis por cada unidade para agendar uma visita e apresentar a pesquisa. Além das equipes, pessoas com DCNT também fizeram parte do estudo. Sendo assim, foi solicitada às equipes a indicação de uma pessoa com DM ou HAS, assim como foi solicitado que cada equipe realizasse o agendamento da entrevista. Após realizadas todas as entrevistas, foram agendados os grupos focais com as equipes da ESF.

3 COLETA DE DADOS

3.1 ENTREVISTAS

A coleta de dados desenvolveu-se em duas etapas. A primeira etapa consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com as pessoas com DCNT. Os encontros se deram entre 05 de dezembro de 2013 e 13 de fevereiro de 2014.

Antes de se iniciar a conversa com o entrevistado, foi feita uma rápida apresentação dos objetivos e da justificativa do estudo, assim como das questões éticas envolvidas na pesquisa. Esclareceu-se também que a realização dessa pesquisa foi autorizada pela SMS de Sapucaia do Sul.

A entrevista foi realizada na própria casa da pessoa, em dias e horários acordados com os participantes e levaram aproximadamente 60 minutos e teve como questões norteadoras: a descoberta da DCNT, as mudanças após a descoberta da doença, a busca pelo cuidado e a relação com a equipe de saúde da família. No entanto, no transcorrer da entrevista, outros pontos foram acrescentados, em função da necessidade não apenas de explicar melhor as afirmações dadas pelos entrevistados, mas também de esclarecer situações levantadas por eles que mereceram ser melhor exploradas.

Foram realizadas quatro entrevistas. Quanto às DCNT referidas, as quatro pessoas possuem HAS e duas destas DM. Por questões éticas, os entrevistados tiveram seus nomes substituídos, como descrito abaixo.

Seguem abaixo as sínteses realizadas a partir de cada entrevista, destacando-se aspectos interessantes das falas:

3.1.1 Primeira entrevista

FLÁVIA

A primeira pessoa entrevistada é uma mulher, branca, casada, 58 anos de idade, residente no bairro há 38 anos. Coursou o ensino médio e atualmente é cozinheira em sua própria residência; faz lanches para tele entrega. Vive com o marido (também hipertenso e fumante) e uma filha. A presença do marido durante a entrevista foi bem-vinda, por fornecer informações complementares às informações de Flávia, lembrando fatos ou detalhes importantes à pesquisadora.

A HAS surgiu por volta dos 39 anos, pela descoberta de uma isquemia no coração, que a convenceu de que algo estava errado e era preciso procurar ajuda. É nesse contexto que se constrói o relato de Flávia sobre a sua vivência da hipertensão.

Segundo Flávia, a doença não impede que ela desempenhe suas atividades. Além disso, a entrevistada demonstra tranquilidade perante a doença: *“Pra mim é normal, eu até esqueço que tenho hipertensão, sabe, esqueço! Trabalho, esqueço, só percebo quando sinto alguma coisinha diferente, que a gente nota que tem, mas sempre cuido”*. A entrevistada classifica a hipertensão em uma forma de fácil controle: *“A gente controla a comida, faz exercícios, controla várias coisas, pouco sal, isso aí é o essencial. Vai controlando com bastante verdura, coisas assim, carne magra, sem pele de frango, a gente come sem a pele, coisas assim”*.

Flávia não participa de atividades organizadas pela ESF, o que não quer dizer, para ela, que não as pratique em outro local. *“A gente vai sempre caminhar no SESI, a gente vai de carro até lá porque é longe né e faz a caminhada lá, é de graça, vamos logo de manhã, todo dia de manhã”*.

Para finalizar o relatório de Flávia, foi selecionada uma fala que expressa a desvalorização dos serviços de saúde do município: *“Eu fui lá na prefeitura, lá onde eles dão o remédio da pressão, aquelas pilhas de remédio atirados, eles pegavam e davam a modo bicho pro pessoal, eles fazem de qualquer jeito, a pressão nunca ficava certa, daí eu não peguei mais, daí eu compro”*.

3.1.2 Segunda entrevista

CAROLINA

A segunda entrevistada é Carolina. Senhora de 83 anos, viúva há cinco anos, cursou o ensino fundamental e é aposentada por uma pequena fábrica de costura. Possui casa própria, onde mora sozinha, ocupada exclusivamente com os afazeres domésticos. Tem três filhos, que moram em suas respectivas casas.

A entrevistada relata a descoberta da HAS, decorrente do acaso, marcado “naturalmente” pelo curso da doença a partir de uma alteração durante a verificação, confirmada pelo diagnóstico médico. *“Quando eu descobri levei até uma surpresa, eu não sabia que eu tinha pressão alta, eu andava meia doente, aí fui consultar e o médico foi me examinar e se*

apavorou, bah a senhora tá com a sua pressão lá em cima, aí eu falei, mas como doutor eu não sofro de pressão, por que a minha pressão nunca me deu sinal nenhum”.

A construção conceitual de Carolina sobre a hipertensão envolve conhecimentos do senso comum, como aparece na fala: *“Os médicos não dão muita explicação, a gente sabe porque a gente tem de vida já a gente mais ou menos sabe o que é, que é perigoso né, que de uma hora pra outra pode dar um treco na gente”.*

Carolina participa das atividades organizadas pela ESF e cita como exemplo o grupo de caminhada organizado pela unidade. *“Agora faz uns quatro meses que eu não pude mais fazer por que eu sofro da coluna também, mas assim que eu ficar bem forte eu vou continuar fazendo, eu sou muito amiga das gurias do posto, deus o livre, adoro elas, eu fazia a caminhada toda semana, é bom eu sinto uma falta nesse tempo que eu não tô podendo ir, quando não tinha o grupo eu ia sozinha também, sozinha mesmo, eu me levantava, escovava meus dentes e eu ia fazer a minha caminhada”.*

Residente em Sapucaia do Sul há 40 anos, Carolina também expressa as fragilidades da rede pública de saúde do município. A entrevistada expõe tal problema: *“Só acho que as coisas andam muito devagar, eu digo que as consultas demoram muito né, os exames também demoram muito né, a gente precisa falar com o médico e não consegue por que não chegou na hora da tua consulta, tá muito demorado. Eu não tenho convênio, eu tenho o SUS, mas quando é muito demorado, eu já tenho umas reservas pra pagar particular, se precisar de um especialista. Eu precisei agora e tive que pagar, o cardiologista”.*

3.1.3 Terceira entrevista

ROBERTO

O terceiro entrevistado é Roberto, branco, casado, 55 anos de idade. Coursou até o ensino médio e está aposentado há três anos. Roberto conta que sua vida sempre transcorreu sem problemas e que, aos 37 anos, foi descoberta a DM e logo em seguida a HAS. Roberto trabalhava como impressor gráfico em

uma fábrica de artes visuais, afastando-se após a descoberta da doença em razão da perda da visão. Assim, Roberto iniciou uma longa jornada transitando por serviços de saúde, e submetendo-se a sete cirurgias a laser. Caso contrário, ficaria cego.

Roberto focaliza como provocador de suas DCNT um consumo alimentar exagerado: *“Desde quando eu morava com os meus pais, a mãe sempre fazia a comida muito forte de sal, sempre gostei de coisas bem salgadas: linguiça, mortadela, eu comia muito”*

Da mesma forma, a esposa de Roberto fornece mais um exemplo: *“Eu uso muito condimento, sábado e domingo tem aquele churrasco, aquelas carnes bem gordurosas, salame, comida italiana, ah nunca sobra, que saudade de comer não é meu velho? ”.* Para Roberto e sua esposa, a restrição de alimentos representa um grande problema ao lidar com as doenças. Em vários momentos da entrevista, o seu discurso aponta os transtornos que ele enfrenta ao abandonar as práticas alimentares adquiridas por toda a vida.

Roberto começou a participar das atividades organizadas pela unidade de saúde local quando se aposentou, como exprime no depoimento *“É que na verdade, agora depois que eu me aposentei eu comecei a ir mais no posto, porque quando a gente trabalha tu sabe como que é né? A gente tá meio ruim, mas vai levando, porque não quer faltar. Eu ia no posto ali mesmo quando tava quase morrendo, mas agora eu vou, às vezes tem uma reunião, uns encontros lá, então a gente discute ali no grupo”.*

A vontade de Deus também figura como recurso terapêutico no controle das doenças, mesmo que Roberto não siga rigorosamente às recomendações da equipe de saúde. *“Aqui em casa a gente também sempre tem um pote de pipoca caramelizada e seja o que Deus quiser. Depois eu rezo, passa, rezo todo dia, eu sou muito devoto de Nossa Senhora de Fátima, muito, mas muito mesmo, eu faço promessa e por incrível que pareça, ela atende”.*

3.1.4 Quarta entrevista

ARTHUR

O quarto e último entrevistado chama-se Arthur, um senhor de 72 anos. Coursou até o ensino fundamental e aposentou-se por uma pequena empresa da região desde o ano 2000. Possui casa própria, onde vive com a esposa, tendo, ainda, cinco filhos, doze netos e um bisneto que moram em suas respectivas casas.

O relato sobre a origem da HAS e do DM ocorre em meio a diversos eventos corporais citados pelo entrevistado. A alimentação inadequada figura entre as causas do diabetes e da hipertensão. *“Eu comia de tudo, a carne se não fosse gorda não tinha gosto né”*.

A concepção da doença como restrição destruiu os prazeres da vida de Arthur. As doenças, portanto, acabaram com desejos, felicidades e esperanças. Isso está bem expresso nas palavras de Arthur: *“Eu me sinto ruim, desanimo sabe, um troço ruim que não fica normal, parece que a gente não é gente né. Não consigo nem jantar, nem almoçar, o cara não tem ânimo”*. Da mesma forma, a esposa de Arthur fornece mais um exemplo: *“Ele não tem ânimo, ele fica sentado no sofá ali, na beira da mesa”*.

Diante da situação vivenciada por Arthur, a família tem função indispensável na vida dele: *“Os filhos eles vêm, eles ajudam, ontem mesmo meu filho veio aí, ele e a gurias eles vêm. Quando tive no hospital também, nunca me deixaram sozinho”*. Os vizinhos igualmente desempenham função importante no apoio a Arthur: *“Se a gente precisa tem os vizinhos também, os vizinhos são legal. Graças a Deus o vizinho é o melhor parente, quando tu precisa vai no vizinho mais perto”*. O entrevistado expõe a importância da igreja também: *“Aqui da igreja também ajudam, eu ganho um ranchinho por mês, eles ajudam os pobres, aqueles bem necessitados. Daí a secretária veio aqui e pediu pra mim me inscrever ali pra gente ganhar o ranchinho do mês, depois da missa eles entregam o ranchinho. Eu gosto da igreja, o meu trânsito é na igreja, no médico e na casa dos filhos. A igreja é muito bom, eu gosto muito da oração, do hino deles”*.

Para finalizar o relatório de Arthur, foi selecionada uma fala que expressa problemas de acesso a medicamentos: *“É difícil de encontrar no posto da prefeitura, vai lá, nunca tem remédio, nunca tem. Tem que ir lá e comprar, tirar dinheiro do bolso e comprar. É tá em falta, geralmente não tem aí tem que comprar, muito mais de 100 gastamos. Complicado, nosso país tá de um jeito”*.

3.2 GRUPOS FOCALIS

Na segunda etapa, após a transcrição e a pré análise das entrevistas foram realizados grupos focais com as quatro equipes da ESF, tendo presente elementos que apareceram nas entrevistas e teve como questão central as práticas das equipes no cuidado longitudinal das pessoas com DCNT. Os encontros se deram entre 27 de fevereiro e 19 de março de 2014. A discussão focal foi realizada no próprio espaço das unidades, durante o momento da reunião semanal da equipe, participando ao redor de dez profissionais, entre eles, médico, dentista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e residentes em saúde da família.

Nas reuniões, antes de se iniciar a discussão, foi realizada uma breve apresentação aos participantes sobre o objetivo, a justificativa do estudo e as questões éticas envolvidas na pesquisa. Os grupos foram informados de que a pesquisa recebera autorização da SMS de Sapucaia do Sul para ser realizada. Após ser ligado o gravador, foi realizada a apresentação dos participantes, incluindo a da observadora (colega de mestrado) e a da moderadora. Também nas reuniões de Grupo Focal foram adicionadas outras questões que surgiram durante as discussões. Tais assuntos foram considerados pela pesquisadora pertinentes de serem mais bem trabalhados em razão de sua importância para o estudo. Após cada Grupo Focal, a observadora, juntamente com a moderadora, elaborou os relatórios de observação, que seguem descritos abaixo:

3.2.1 Primeiro Grupo Focal

Figura 2 – ESF Colonial na Região I.



Chegamos ao local onde seria realizada a primeira reunião um pouco antes do horário combinado (15 horas) e encontramos os funcionários trabalhando. Uma das agentes comunitárias de saúde (ACS) que observou que chegamos antes da hora sugeriu que esperássemos dentro da unidade. Nós sentamos próximo à porta de entrada e ficamos conversando enquanto os funcionários continuavam trabalhando. A unidade fica junto a uma escola e havia crianças no pátio em recreação. Depois de algum tempo, um dos funcionários veio nos chamar para então darmos início à reunião. Eles nos encaminharam a uma sala com poucas cadeiras e aos poucos foram trazendo mais cadeiras e se acomodando como podiam. Sentamos próximas a uma mesa e enquanto eles entravam e saíam da sala ainda se organizando, preparamos os gravadores. Ficamos em círculo na sala com a porta aberta. Na sala ao lado, estava a médica que não participou da reunião porque estava ocupada fazendo receitas. Não a conhecemos; essa informação foi dada por uma das ACS. Era um pouco difícil de ouvir as pessoas porque havia muito barulho das crianças que brincavam no pátio. Nós nos apresentamos e explicamos a proposta da pesquisa, justificando o motivo da reunião e

esclarecendo que os temas que seriam ali discutidos foram elaborados após uma entrevista prévia com as pessoas com DCNT. Enquanto falávamos, a nutricionista saiu da sala e retornou quando estava terminando a explicação e, neste momento, também chegou uma das ACS. Outra ACS que ficou de pé debruçada sobre uma mesa resolveu fechar as janelas para diminuir o barulho que vinha das crianças brincando no pátio da escola. Compareceram seis funcionários e, no geral, pareciam dispostos a estar ali. Após a explicação sobre o trabalho, solicitou-se para que eles se apresentassem e falassem de suas funções. O Quadro 1 descreve os participantes, suas respectivas funções e o tempo de atuação na atenção básica.

Quadro 1 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 1

Participante	Profissão	Tempo de ESF
A1	ACS	8 anos
B1	Agente administrativo	8 anos
C1	ACS	2 anos
D1	Técnico de enfermagem	2 anos
E1	ACS	6 meses
F1	Nutricionista (NASF)	3 meses

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Fonte: Elaborado pela autora.

A A1, que estava a nossa esquerda, foi a primeira a se apresentar. Seguindo a roda, a C1 se apresentou, depois foi a vez do D1, seguido da F1. Ao lado esquerdo da porta, estava a B1, e em frente a nossa mesa, estava a E1. Estando todos devidamente apresentados, foi entregue a cada participante o TCLE. Nós esperamos que todos o lessem e o assinassem e entregassem uma das vias. Então, iniciou-se a discussão. O primeiro a falar foi o D1, que se mostrava sempre de acordo com as questões, mas basicamente se defendeu dizendo que os usuários são acomodados e que isso é assim mesmo, num tom de que essa é uma situação que não pode ser mudada. Os outros participantes mostraram ter o mesmo pensamento, concordando que a realidade é assim, mas que não muda, porque os usuários não mudam e não querem mudar. Questionamos que estratégias eles já haviam utilizado para mudar isso, e eles

citaram como exemplo os grupos de hipertensos e de caminhada, destacando que apenas o de caminhada funcionou e que isso se deu provavelmente porque neste grupo os participantes não enfrentavam cobranças em relação ao cuidado de sua saúde. Apenas iam no local combinado, caminhavam e estavam livres de qualquer cobrança. Questionou-se se eles achavam que esta situação era apenas “culpa” da falta de interesse dos usuários, e quase todas as participantes demonstraram por gestos e expressões que sim. A F1 parecia desligada do grupo em alguns momentos, estava sonolenta, mas em outros momentos se mostrou atenta e questionou alguns pontos das discussões. Quando questionada especificamente sobre sua prática de cuidado, ela falava sem olhar para o grupo, em voz baixa e de forma cuidadosa, medindo as palavras sem citar exemplos, demonstrando pouca segurança e profundidade em suas afirmações e, ao mesmo tempo, parecia refletir sobre sua prática profissional. Foi possível perceber que F1 tem conhecimento sobre como deveria ser a sua prática de cuidado, mas que falava daquilo apenas como algo que aprendeu na teoria, não sendo sua realidade na prática. Sempre que se iniciava uma nova questão, a E1 fazia expressões em desacordo, mas não fazia comentários.

No momento em que as ACS foram questionadas sobre como se dava a sua prática de trabalho, a C1 foi a primeira a falar. Em geral, ela estava sendo participativa, mas quando falou de sua rotina de trabalho, não explicou com detalhes, apenas disse que fazia as visitas previamente programadas e que via que medicações tinham que tomar, se estavam tomando e dava orientações. Falou dando pouca importância ao seu trabalho, como se só estivesse cumprindo sua obrigação de visitar periodicamente os usuários e sua responsabilidade se encerrasse neste ato. A A1 também deu uma descrição parecida, e a E1 apenas ressaltou que quando ela passa na rua e alguém a chama para dizer que precisa de algo, ela sempre tenta ajudar. Disse isso tentando mostrar que se importa com os usuários e faz o que pode para ajudar. Todas as ACS tiveram uma reação parecida ao questionamento sobre sua rotina de trabalho, fizeram expressões de surpresa com as perguntas, como se nós devêssemos saber o que elas faziam, portanto, não tivéssemos motivo para perguntar e falaram sem muitos detalhes. Foi preciso que questionássemos mais. Pareciam receosas como se nós as fôssemos julgar

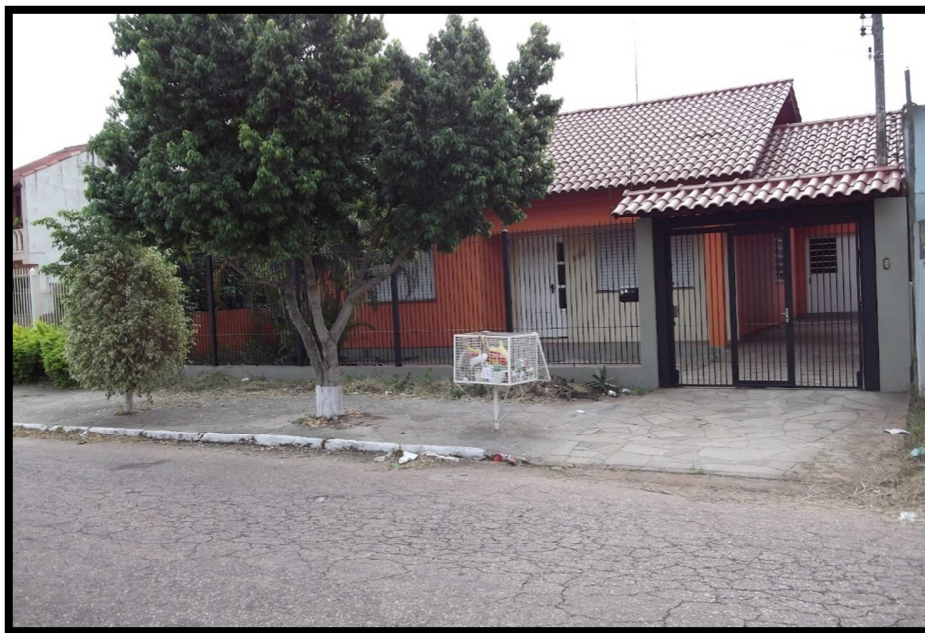
por estarem ou não fazendo um trabalho correto. Uma delas inclusive questionou a colega sobre como ela procedia, buscando saber se havia outro modo de fazer aquele trabalho. A discussão seguiu com a atenção de todos, que citaram, em vários momentos, exemplos positivos e as dificuldades enfrentadas em suas práticas e tinham autoanálises pouco críticas, deixando em geral que a culpa recaísse sobre os usuários, que foram taxados como acomodados. Não houve muitos desacordos nos relatos. Um dava reforço ao posicionamento do outro e buscava ressaltar os aspectos que considerava positivo.

Em geral, os participantes falavam como se fizessem tudo o que estava ao seu alcance e que outras iniciativas não eram de sua responsabilidade, mas dos outros profissionais da equipe, principalmente a médica, de quem eles falaram muito bem, sempre elogiando seus esforços e ressaltando que ela fazia tudo o que podia. Percebemos que a equipe tem seu trabalho bastante atrelado ao da médica, de cujas decisões todos dependem, ou seja, eles não têm iniciativa. São pouco autônomos, mostrando o quanto o serviço é centrado no médico. Eles ainda citaram outros profissionais da equipe que estavam ausentes e justificaram essas ausências, tentaram lembrar-se das experiências destes outros profissionais que foram compartilhadas com eles. Elogiaram o trabalho e o esforço destes colegas, em especial, o de uma enfermeira, elogiada por seu perfil profissional, sendo caracterizada como uma pessoa paciente, que sabe explicar com clareza, e, por isso, tem facilidade de convencer os usuários a mudar seu estilo de vida.

Em vários momentos, eles lamentaram que estes outros membros da equipe (um técnico de enfermagem e a médica) não estivessem ali, ressaltando que eles poderiam contribuir com muito mais exemplos positivos e poderiam falar mais detalhadamente de suas tentativas de melhorar o serviço. Ao final da reunião, o D1 comentou que gostou muito das questões, que, apesar de nós não conhecermos a equipe e suas rotinas de trabalho, sabíamos exatamente os pontos críticos. Disse ainda que as questões eram profundas e filosóficas que o fizeram pensar em sua prática de trabalho e lhe permitiram fazer uma autoavaliação.

3.2.2 Segundo Grupo Focal

Figura 3 – ESF Silva na Região III.



Quando chegamos na unidade, encontramos um aviso de que não haveria expediente naquele dia, pois era dia de reunião de equipe. Não percebemos qualquer movimentação no local e chegamos a acreditar que ninguém nos receberia. Ligamos para o telefone do local e fomos atendidas pelo médico. Alguns minutos depois, a enfermeira veio nos receber e nos levou para dentro, onde estavam todos já no decorrer de uma reunião. Fomos apresentadas e esperamos que eles terminassem suas discussões de equipe para então iniciar a nossa intervenção. Foi interessante observar a discussão corrente. Eles estavam planejando o que fariam na semana do dia internacional da mulher. Estavam preocupados em fazer algo que agradasse às mulheres, mas, ao mesmo tempo, preocupavam-se com os recursos disponíveis. Falaram de cartazes, mensagens e, como numa reunião de corpo pedagógico escolar, deram tarefas “artísticas” aos funcionários, como quem iria pintar, desenhar, recortar, enfim, pareciam empenhados com essas tarefas. Também discutiram questões de organização do posto e medicamentos. O médico e a enfermeira tinham compromissos em seguida, então, resolveram nos dar a palavra para que pudessem participar um pouco. Após a apresentação e a leitura dos TCLE, solicitou-se para que eles se apresentassem. O Quadro2 descreve os

participantes, suas respectivas funções e o tempo de atuação na atenção básica.

Quadro 2 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 2

Participante	Profissão	Tempo de ESF
A2	Médico	2 anos
B2	Enfermeira	2 anos
C2	Dentista residente	1 ano
D2	Enfermeira residente	11 meses
E2	Dentista	14 anos
F2	ACS	2 anos
G2	Técnica de enfermagem	2 anos
H2	Agente administrativa	2 anos
I2	ACS	6 anos
J2	ACS	6 anos
K2	ACS	5 meses

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

No início da discussão o médico logo começou a opinar. Sua postura mostrou um homem calmo. Nesse grupo, apesar de grande, poucas pessoas foram participativas. O médico saiu pouco depois do início das questões e quem assumiu o papel de locutor do grupo foi a técnica de enfermagem e, por momentos, a enfermeira preceptora do programa de residência. Poucas agentes se manifestaram. Algumas pareciam não estar, de fato, naquele ambiente, mantendo um olhar distante. O grupo era bastante inquieto. Estavam sempre em movimento, com pessoas entrando e saindo da sala. Apenas as pessoas que mais falavam se mantiveram constantemente na sala. O dentista também não se manifestou muito. No entanto, os poucos que expuseram sua opinião estavam interessados na discussão e na análise do serviço que vêm prestando. Houve relatos de casos específicos de pessoas com DCNT por eles tratados. Os usuários eram lembrados pelo nome e com riqueza de detalhes sobre seus casos, o que mostrava uma real proximidade da equipe com eles. Quanto aos usuários “problemas”, aqueles a quem a equipe não consegue de fato cuidar, também foram vistos como pessoas que não se preocupam com a própria saúde, mesmo tendo todo o conhecimento necessário. Segundo a

equipe, a esses usuários é dado conhecimento para que tenham autonomia para decidir mudar seus hábitos de vida, buscando uma vida melhor. Ainda segundo a equipe, se não o fazem, é porque não querem. No geral, o grupo pareceu disperso e pouco interessado em melhorar sua prática de cuidado, porém, alguns membros, aqueles que mais falaram, pareceram estar mais interessados em discutir essas questões e fazer uma autoanálise buscando aprimoramento.

3.2.3 Terceiro Grupo Focal

Figura 4 – ESF Boa Vista na Região IV.



Quando chegamos na unidade, os funcionários estavam na reunião de equipe já em andamento. O clima no ambiente parecia bom, estavam todos em uma sala rodeando a mesa em que se encontrava a médica, que, ao mesmo tempo em que comandava a reunião, estava prescrevendo receitas. A equipe era bem integrada, parecia estar em um encontro informal com pipoca e chimarrão. Assim que entramos, fomos convidadas a sentar bem próximo à porta. A sala era pequena para tanta gente. De onde ficamos, não era possível visualizar todos. Esperamos que eles encerrassem o que já estavam discutindo até que nos fosse dada a vez. Logo percebemos que a equipe é comandada pela médica, mulher de personalidade forte, atenta a tudo, mesmo realizando

várias tarefas simultaneamente. Assim que fomos apresentadas pela enfermeira, iniciou-se a explicação do estudo e foram entregues os TCLE. As pessoas pareciam um pouco confusas, e as ACS seguiam o que os profissionais mais graduados faziam. Essa atitude já mostrou a dinâmica comum do grupo, aliás de todos os grupos que vimos até então, em que os mais graduados são os que mais se manifestam e tomam a frente, sendo fielmente seguidos pelos outros. Após a entrega dos TCLE, solicitou-se para que cada um se apresentasse. O Quadro 3 descreve os participantes, suas respectivas funções e o tempo de atuação na atenção básica.

Quadro 3 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 3

Participante	Profissão	Tempo de ESF
A3	Técnico de enfermagem	1 ano
B3	Dentista	1 ano
C3	ACS	4 meses
D3	ACS	5 anos
E3	ACS	8 anos
F3	ACS	2 anos
G3	ACS	8 anos
H3	ACS	7 anos
I3	Técnica de enfermagem	6 anos
J3	Médica	9 anos
K3	Enfermeira	3 anos
L3	Técnica de enfermagem	3 anos

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Iniciamos as questões e deu para perceber com facilidade a insatisfação da equipe, particularmente da médica e do dentista, com o sistema de saúde do município. No geral, apenas a médica, o dentista, a enfermeira e uma ou duas ACS se manifestaram após a nossa insistente solicitação para a participação de todos. A médica e o dentista, durante todo o tempo, adotaram um discurso de que não tínhamos experiência/vivência naquele lugar para saber como as coisas realmente funcionavam. Explicamos mais uma vez que as questões eram elaboradas a partir dos relatos dos usuários, mas o discurso deles seguiu na linha da culpabilização do usuário que é pouco interessado na própria saúde. Um ponto importante foi a afirmação da médica de que está

cansada de investir nas pessoas e que, depois de tantos anos de trabalho, ela desiste de seus pacientes. Ela disse que já teve muitas experiências e chegou à conclusão de que há casos que não há o que fazer. A médica culpou bastante o usuário e a falta de recursos para fazer ainda mais do que eles já fazem, apesar de acharem que fazem bastante com os recursos que têm. A médica afirmou não ter esperanças de melhora e relatou que, desde que trabalha nesta área, só viu as coisas piorarem e, por isso, não vê mais solução para a saúde. Falou de forma irônica que os médicos cubanos eram a solução! O dentista, apesar de não ter um discurso tão veemente quanto o da médica, também defendeu que a equipe trabalha integrada e faz o máximo que pode e que os usuários não colaboram com a própria saúde. São preguiçosos e acomodados. A grande maioria do grupo não foi participativa e ninguém discordou do posicionamento da médica. A equipe parecia realmente acreditar que estava fazendo o melhor e ao mesmo tempo pareciam cansados de suas rotinas.

3.2.4 Quarto Grupo Focal

Figura 5 – ESF São Cristóvão na Região II.



Chegamos na unidade um pouco antes do combinado e aproveitamos para observar o ambiente. As paredes estavam cheias de cartazes referentes a campanhas, avisos de funcionamento dos serviços da unidade, aviso e

convocação dos grupos de caminhada e fotos de eventos passados. As paredes nos mostravam um “ar diferente” do que encontramos nas ESF pelas quais passamos antes, pois nesta vimos, através das fotos e dos vários cartazes uma preocupação real (materializada) em educar e promover a saúde. Os funcionários estavam em uma sala no final do corredor. Passado algum tempo, o agente administrativo chamou os outros funcionários, e nós fizemos uma roda no corredor. A Tabela 4 descreve os participantes, suas respectivas funções e o tempo de atuação na atenção básica.

Quadro 4 – Descrição dos participantes do Grupo Focal 4

Participante	Profissão	Tempo de ESF
A4	Auxiliar de limpeza	2 anos
B4	ACS	1 ano
C4	ACS	2 anos
D4	ACS	2 anos
E4	ACS	7 anos
F4	Médico Cubano	6 meses
G4	Fisioterapeuta (NASF)	3 anos
H4	Agente administrativo	6 meses
I4	ACS	6 anos
J4	Técnica de enfermagem	2 anos

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Fonte: Elaborado pela autora.

Diferentemente das outras reuniões, esta não foi comandada pelo médico ou pelo profissional de saúde mais graduado, mas sim pelo agente administrativo. Fomos devidamente apresentadas, e o grupo começou a falar assim que iniciamos as questões, com exceção da A4, que se retirou pouco tempo depois de iniciada a reunião. Os outros participantes estavam bastante atentos e demonstravam interesse nas questões a serem discutidas. Os mais participativos foram F4, G4, H4, J4. Eles falaram bastante, expuseram a realidade de suas rotinas de trabalho e citaram muitos exemplos. No geral, tentaram mostrar que fazem tudo o que podem para levar educação em saúde à população. Tiveram uma tendência a culpar os usuários por não se interessarem pelo próprio cuidado.

Um ponto citado pelo F4 chamou a atenção. Quando questionado sobre os problemas que ele enfrentava em seu país de origem em comparação aos problemas enfrentados aqui, ele disse que no seu país, a falta de infraestrutura era ainda maior, mas o serviço prestado a pessoa com DCNT, assim como o serviço da atenção básica na promoção de saúde e prevenção de doenças funcionava devido ao perfil do usuário de lá, pois lá as pessoas têm uma autonomia que não se vê aqui. As pessoas buscam pela saúde e não colocam a responsabilidade apenas nas mãos dos médicos. Outro ponto marcante foi a constatação de que a equipe segue aquilo que o médico determina, ou seja, apesar de haver o discurso de que a participação de todos é igual e tem a mesma importância, ficou claro que a equipe sempre acaba por se adaptar ao que o médico determina sobre o funcionamento do serviço, o que é um problema, pois a rotatividade de médicos é grande e acaba não dando tempo para organizar o serviço que tem que se reorganizar toda vez que vem um novo médico.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

No mês de abril, a transcrição do material coletado foi concluída e sua análise foi iniciada. Depois de imprimir todo o material, que contabilizou 125 páginas, foi realizada uma primeira leitura, visando à apropriação do conteúdo do material por parte da pesquisadora, fase em que foram destacadas frases e palavras consideradas importantes e significativas. Foi realizada, em seguida, uma segunda leitura, fazendo uma análise um pouco mais detalhada, destacando-se novamente palavras e frases que chamavam a atenção, para dar início às categorias. Obedecendo ao processo da Hermenêutica, voltou-se novamente ao material e foi feita mais uma leitura, da qual emergiu duas categorias: *Desestímulo para aderir a dieta* e *Insatisfação com a prática do acompanhamento e com a rede de atenção*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o relatório de trabalho de campo apresentado serviu para compartilhar uma realidade vivenciada. A pesquisa permitiu um contato

maior com as pessoas com DCNT e com as equipes da ESF, saindo das paredes da universidade e levando esta autora a um contato direto com ambos. Através dessa realidade, foi percebido o quanto é diferente o processo de atenção em saúde na atenção básica, onde a teoria é bem diferente da prática, mostrando uma representação do quanto é necessário o profissional estar preparado para atuar nessa área.

Nesse período, esta pesquisadora conheceu a vivência das pessoas com DCNT e a prática das equipes da ESF no cuidado a estas pessoas. Por isso, considera que esta experiência de pesquisa foi muito válida e extremamente enriquecedora. Cada visita em uma unidade possuía suas particularidades e infelizmente também, histórias de descontentamento. Acredito que finalizo um percurso sensibilizada com o compromisso de contribuir para a construção e fortalecimento do SUS.