

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

EDILAINE KERKOSKI

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA
PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kerkoski, Edilaine

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA
AMPLIADA / Edilaine Kerkoski ; orientadora, Denise Maria
Guerreiro Vieira da Silva - Florianópolis, SC, 2013.
173 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Doença pulmonar obstrutiva crônica. 3.
Pesquisa qualitativa. 4. Assistência integral à saúde. 5.
Política de saúde. I. Maria Guerreiro Vieira da Silva ,
Denise. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

EDILAINÉ KERKOSKI

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA
PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2013**

EDILAINÉ KERKOSKI

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA
PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

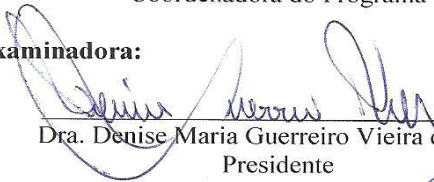
DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 29 de maio de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:



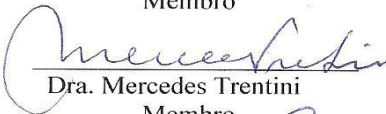
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente



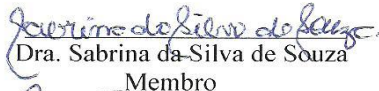
Dra. Gladys Brodersen
Membro



Dra. Elaine Paulin
Membro



Dra. Mercedes Trentini
Membro



Dra. Sabrina da-Silva de Souza
Membro



Dra. Betina Horner Schlindwein Meirelles
Membro

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus pais Evaldo Kerkoski e Catarina Kerkoski, por sua existência, por estarem sempre ao meu lado, pelo companheirismo, respeito e incentivo, pela paciência e sabedoria para transmitir seus conhecimentos e experiências. Obrigada por estar sempre presente em minha vida. Com muito amor e carinho.

À minha família (irmãos, cunhadas e sobrinhos) que tanto amo, suportou e me ajudou a suportar o meu necessário afastamento.

As pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica que me receberam em suas casas e contaram suas experiências de vida.

Agradecimento Especial

À minha orientadora e mentora intelectual, companheira e professora querida, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Se hoje estou feliz e satisfeita com este trabalho é porque você esteve o tempo todo ao meu lado, incentivando-me, ensinando-me e confiando nos meus passos. Entendendo as minhas ausências. Obrigada pelas palavras de orientação e por aceitar compartilhar a sua experiência e seu conhecimento nos desafios que enfrentamos.

Aos meus pais, Evaldo e Catarina, pelo seu amor incondicional que me alegra e me conforta em todos os momentos da vida. Obrigada pelos valiosos exemplos de dignidade, integridade, respeito, fé e trabalho. Sou grata por todo o estímulo para que eu conseguisse realizar mais esta etapa de crescimento pessoal e profissional e por compreenderem minhas ausências. Que Deus os abençoe e os guarde! Amo muito vocês!

Agradecimentos

Agradeço

À Deus todo poderoso e companheiro de todas as horas e todos os momentos.

Aos profissionais da saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município em que o estudo foi realizado, informantes deste estudo, pela receptividade e pela disponibilidade em contribuir com a materialização da minha pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde do município em que o estudo foi realizado.

À Universidade do Vale do Itajaí, especialmente o Curso de Fisioterapia. As secretarias Rosângela Vieira e Dulcinéia Pacífico, por toda amizade e ajuda prestada. Aos professores e colegas de trabalho, meu muito obrigado!

À amiga e companheira de todas as horas, Caroline Debatin, pelas palavras de incentivo, apoio em todos os momentos, amizade e boa conversa, viagens agradáveis, e pelas diversas traduções de inglês realizadas.

À Fabíola Hermes Chesani, parceira e amiga querida! Agradeço pela troca de incentivos, pela oportunidade de produzir frutos científicos, por compartilhar ansiedades e vitórias, e, sobretudo, pelos ótimos momentos de lazer.

À colega de trabalho Vera Lígia Bento Galli, que sempre me socorreu nas horas das dores musculares, e com muitos momentos de boas reflexões espirituais.

Às ex-alunas e colegas de profissão Blenda Guimarães e Daiana Rech, pela ajuda fundamental na coleta de dados e transcrições. Tenho muito carinho por vocês.

Às amigas Carolina Rodrigues e Keila Perdoncini, amigas de longa data que, mesmo distantes, sempre encontraram formas de demonstrar carinho e cuidado comigo.

Às amigas Maribel Medeiros e "Kalunga", mentoras espirituais, que sempre estiveram ao meu lado, enviando boas energias e torcendo pelo meu trabalho.

Aos colegas e professores do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica, especialmente a Fabiane Francione, Sabrina da Silva de Souza, Albertina Bonetti, Juliana Lessmann, Julia Boeli e Soraia Lopes por partilhar ansiedades, conhecimentos e conquistas.

Aos colegas da turma de doutorado 2009, com os quais compartilhei momentos ímpares de estudo e companheirismo.

À professora doutora Stella Maris Brum Lopes, pelas importantes contribuições por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa.

Aos professores e funcionários da PEN pela atenção e competência na condução desta etapa do meu processo de descoberta do conhecimento.

Às professoras doutoras Betina Horner Schindwein Meirelles, Mercedes Trentini, Gladys Brodersen, Elaine Paulin e Sabrina da Silva de Souza, membros da banca de defesa, por aceitarem contribuir com o meu estudo integrando seu processo de avaliação final.

Às professoras doutoras Luciana de Oliveira Gonçalves e Silvia Maria Azevedo dos Santos, por aceitarem participar do como membro suplente da banca de defesa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me concedeu bolsa auxílio para doutorado sanduíche no exterior no primeiro semestre de 2012.

À Universidad de Guadalajara, em especial ao professor doutor Francisco Javier Mercado Martinez por me aceitar para o doutorado sanduíche, pela acolhida, todo suporte que me prestou para uma boa estadia em Guadalajara, pelos conhecimentos compartilhados, pelos cafés e conversas agradáveis.

À professor doutora Leticia Robles Silva, pela acolhida em seu Curso-Taller na Universidad de Guadalajara, pelos ensinamentos sobre artigos científicos, pelas leituras minuciosas e orientações que foram muito ricas para meu aperfeiçoamento no doutorado.

Aos amigos que fiz no México e muito me ajudaram no estágio doutoral: Blanca, Jorge, Maurício, Daniela e Carlos.

KERKOSKI, Edilaine. Avaliação da atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica na perspectiva da clínica ampliada. 2013. 173 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica na perspectiva da clínica ampliada em um município da Região Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa, desenvolvida em duas unidades básicas de saúde. Os sujeitos do estudo foram vinte e um usuários, especificamente pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica de qualquer gênero ou gravidade da doença, e dez profissionais da saúde que trabalhavam nas equipes da Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, no domicílio com os usuários, e nas unidades básicas de saúde com os profissionais. Foram utilizados dois roteiros semi-estruturados, um para cada grupo de sujeitos. Para os usuários, a entrevista explorou a experiência de viver com a doença e o tratamento realizado. Para os profissionais da saúde, a entrevista explorou a rotina de trabalho e as experiências no atendimento aos usuários com doença pulmonar obstrutiva crônica. Foi utilizada para analisar os dados a análise de conteúdo. Os resultados do estudo geraram três manuscritos. O primeiro manuscrito denominado “A tristeza de viver com a sensação de falta de ar: experiências de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica”, explorou as experiências de viver com a doença pulmonar obstrutiva crônica; o segundo manuscrito denominado “As barreiras para o uso dos serviços da atenção básica: perspectiva das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica”, identificou as barreiras para o uso da atenção básica a partir da perspectiva das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, considerando os fatores predisponentes, os fatores capacitantes, e a necessidade em saúde propostas pelo modelo comportamental de Andersen; e o terceiro manuscrito denominado “Avaliação qualitativa da atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica considerando a clínica ampliada”, avaliou qualitativamente a atenção à

saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica, na perspectiva dos usuários e profissionais da saúde e considerando os cinco eixos da clínica ampliada: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais da saúde propostos pelas políticas de saúde do Ministério da Saúde. Como resultado do primeiro manuscrito, emergiram três categorias: perda ou limitação nas atividades; dependência de medicamentos, serviços de saúde e outras pessoas; e perda do convívio social. A maioria relataram sentimentos de tristeza pelas limitações e perdas que a doença impôs pela presença constante da dispneia, tais como: perda das atividades laborais e das relações sociais, limitações para realizar as atividades da vida diária, até mesmo de alguns cuidados pessoais. Estratégias de enfrentamento para lidar com as limitações foram criadas para permitir levar a vida o mais normal possível. A participação da família foi o principal recurso utilizado ao apoiarem na realização das atividades cotidianas e assumindo, muitas vezes, todas as funções no domicílio e fora dele. No segundo manuscrito, o modelo comportamental de Andersen permitiu identificar onze barreiras para o uso da atenção básica pelas pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica. Três barreiras estavam relacionadas aos fatores predisponentes tais como: idade avançada, o fato de residir sozinho e estar trabalhando. Seis barreiras estavam relacionadas aos fatores capacitantes, sendo eles: gastos financeiros com o tratamento, dificuldade para aquisição dos medicamentos, tempo de espera, recursos financeiros limitados, distância dos serviços de saúde e falta de rotina nas consultas. E duas barreiras relacionadas às necessidades de saúde, que foram: continuidade do tabagismo e não ter recebido diagnóstico médico. Com relação ao terceiro manuscrito, os cinco eixos da clínica ampliada, permitiram identificar aspectos limitadores e facilitadores para a ampliação da clínica na atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica. No eixo um que trata a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a dificuldade de reconhecimento das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica; falta de registros adequados a cerca dessas pessoas; processo de trabalho voltado ao atendimento da demanda; centralidade das ações na doença e na agudização; e falta de tempo para a educação em saúde, foram avaliados como limitadores da ampliação da clínica. No eixo dois que se refere a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas, a dificuldade de interação entre os profissionais da equipe e desta com

outros serviços de saúde do município, foram as situações mais expressadas pelos participantes. No eixo três sobre a ampliação do “objeto de trabalho”, os aspectos limitadores para a ampliação da clínica, foram: a falta de reconhecimento, pelos profissionais da saúde, dos problemas enfrentados pelos usuários; a falta de acolhimento e vínculo; e a falta de incentivo à autonomia. No eixo quatro que trata sobre a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, a insuficiência de equipamentos para o diagnóstico da doença, a indisponibilidade contínua de medicamentos, o desconhecimento de diretrizes para intervir nessa condição crônica, e projetos terapêuticos verticalizados foram os aspectos limitadores avaliados. Um aspecto facilitador foi o diálogo e a escuta na busca da produção do vínculo para este eixo. No eixo cinco sobre o suporte para os profissionais da saúde, destacou-se como aspectos limitadores: as fragilidades nas capacitações dos profissionais da saúde sobre as doenças pulmonares; a inexistência de programas para tratamento específico da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica no município estudado; a falta de profissionais da saúde que compõem as equipes; e as mudanças constantes destes profissionais. A partir das experiências dos sujeitos envolvidos, pôde-se evidenciar que as limitações, perdas e dependências acarretadas pela doença pulmonar obstrutiva crônica, somadas as barreiras para o uso da atenção básica e as limitações para a ampliação da clínica, foram aspectos que comprometeram a participação das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica em seu projeto terapêutico e que as levaram a não manter um tratamento continuado para um viver mais saudável e com menor sofrimento físico e emocional.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Pesquisa qualitativa. Avaliação em saúde. Assistência integral à saúde. Política de saúde. Doença crônica.

KERKOSKI, Edilaine. Evaluation of health care of the person with chronic obstructive pulmonary disease in view of health policy. 2013. 173 p. Thesis (Doctorate n Nursing). Post Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Supervisor: Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Research Line: Care and the process of living, being healthy and getting ill.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the health care of people with chronic obstructive pulmonary disease in perspective of health policy in a city in southern Brazil. It is an evaluative study of the qualitative type, developed in two health centers. The study subjects were twenty-one people with chronic obstructive pulmonary disease of any type or severity of the disease, and ten health professionals working in health centers. Data collection was conducted through individual interviews with users at home, and in health centers with professionals. We used two semi-structured scripts, one for each group of subjects. For people with chronic obstructive pulmonary disease, the interview explored the experience of living with the disease and the treatment itself. For health professionals, the interview explored the work routine and experiences people with chronic obstructive pulmonary disease. Content analysis was used to analyze the data. The results of the study yielded three manuscripts. The first manuscript called "The sadness of living with the feeling of shortness of breath: experiences of people with chronic obstructive pulmonary disease", explored the experiences of living with chronic obstructive pulmonary disease; the second manuscript entitled "Barriers to the use of primary health care: the perspective of people with chronic obstructive pulmonary disease", identified barriers to the use of primary health care from the perspective of people with chronic obstructive pulmonary disease, considering the predisposing factors, enabling factors, and the need for health behavioral model proposed by Andersen; and the third manuscript entitled "Qualitative evaluation of health care for people with chronic obstructive pulmonary disease considering expanded clinical policy" evaluated qualitatively health care of people with chronic obstructive pulmonary disease, from the perspective of users and health professionals and considering the five axis of the expanded clinical policy: a broadened understanding of the disease process, the shared construction of diagnostics and therapeutics;

the expanding of the "work object", the transformation of the "ways" or work instruments, and the support for health professionals by the health policies proposed by the Ministry of Health. As a result of the first manuscript, three categories emerged: loss or limitation in activities; addiction to medication, health services and other people; and loss of social life. The majority reported sadness because of the limitations and the losses imposed by constant presence of dyspnea that the disease causes, such as: loss of work activities and social relations, limitations to perform activities of daily living, even some personal care. Coping strategies to deal with the limitations were created to allow take life as normal as possible. Family participation was the main resource used to support daily activities performance and often assuming all functions at home and outside. In the second manuscript, the behavioral model of Andersen identified eleven barriers to the primary care use by people with chronic obstructive pulmonary disease. Three barriers were related to predisposing factors such as: advanced age, the fact of living alone and be working. Six barriers were related to enabling factors, namely: costs related to treatment, difficulty acquiring drugs, waiting time, limited financial resources, distance from health services and the lack of regularity of appointments. And two barriers related to health needs, which were: continue smoking and not receiving medical diagnosis. About to the third manuscript, the five axis of the expanded clinical, have identified aspects limiters and facilitators to clinic extension in health care of people with chronic obstructive pulmonary disease. At axis one, that treats expanded understanding of disease process, the difficulty of recognition of people with chronic obstructive pulmonary disease, the lack of adequate records about these people, the work process to meet demand, the centrality of action in disease and in acute exacerbation, and the lack of time for health education were evaluated as limiting the expansion of the clinic. At axis two, which refers to the shared construction of diagnoses and treatments, the difficulty of interaction between professionals and this professionals with other health services in the city, were the most frequently cited situations by the participants. At axis three, on the extension of "work object", aspect limiters for the expansion of the clinic were: the lack of recognition by health professionals, the problems faced by users, the lack of acceptance and bond, and the lack of encouragement of autonomy. At four axis that comes on the transformation of the "ways" or work tools, insufficient equipment for the diagnosis of the disease, the continuous unavailability of drugs, the lack of guidelines for intervening in this chronic condition, and upright therapeutic projects were aspects limiters evaluated. One

aspect facilitator was the dialogue and listening in pursuit of the construction of bond for this axis. At axis five about support for health professionals, stood out as limiting aspects: the weaknesses in the training of health professionals on lung diseases; the lack of specific treatment programs for people with chronic obstructive pulmonary disease in the city studied; the lack of health professionals who form health teams; and the constant changes of these professionals. From the experiences of those involved, it was evidenced that the limitations, losses and dependencies entailed by chronic obstructive pulmonary disease, added by barriers to the use of primary health care and the limitations to the clinical expansion were the aspects that affected the participation of people with chronic obstructive pulmonary disease in their treatment plan and that led to not maintain a continued treatment for a healthier living with less physical and emotional suffering.

KeyWords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Qualitative Research. Health Evaluation. Comprehensive Health Care. Health Policy. Chronic Disease.

KERKOSKI, Edilaine. Evaluación de la atención de la persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde la perspectiva de las políticas públicas. 2013. 173 p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la atención a la salud de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde la perspectiva de las políticas públicas en una ciudad del sur de Brasil. Se trata de un estudio de evaluación de tipo cualitativo, desarrollado en dos centros de salud. Los participantes en el estudio fueron veintiuna personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en ambos sexos y en todos los niveles de la enfermedad, y diez profesionales de la salud que trabajan en los centros de salud. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales en casa con las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en los centros de salud con los profesionales. Se han utilizado dos guiones para las entrevistas semi-estructuradas, una para cada grupo de personas. Para las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la entrevista explora la experiencia de vivir con la enfermedad y el tratamiento. Para profesionales de la salud, la entrevista explora la rutina de trabajo y sus experiencias en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se utilizó análisis de contenido de los datos. Los resultados del estudio produjeron tres manuscritos. El primer manuscrito llamado "La tristeza de vivir con la sensación de falta de aire: experiencias de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica", explora las experiencias de vivir con la enfermedad, el segundo manuscrito titulado "Barreras para el uso de los servicios de atención primaria de salud: la perspectiva de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica", fue identificado barreras para el uso de la atención primaria de salud desde la perspectiva de las personas con enfermedad, teniendo en cuenta los factores predisponentes, factores favorables, y la necesidad de salud del modelo teórico propuesto por Andersen; y el tercer manuscrito titulado "evaluación cualitativa de la atención a la salud de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica teniendo en cuenta la

política de la clínica ampliada" lleva a cabo la evaluación cualitativa de salud de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desde la perspectiva de los enfermos y los profesionales de la salud y teniendo en cuenta los cinco ejes de la política de la clínica ampliada: 1) una comprensión más amplia de proceso de la enfermedad, 2) la construcción compartida de diagnóstico y terapéutica, 3) ampliar el "objeto de trabajo", 4) la transformación de los "medios" o instrumentos de trabajo y el 5) apoyo a los profesionales de la salud de las políticas de salud propuestas por el Ministerio de Salud de Brazil. Como resultado del primer manuscrito, surgieron tres categorías: la pérdida o limitación de actividades, la dependencia de las drogas, servicios de salud y otros, y la pérdida de la vida social. La mayoría reportaron sentimientos de tristeza por las limitaciones y pérdidas impuestas por la enfermedad, como la pérdida de las actividades laborales y las relaciones sociales, las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria, incluso un poco de cuidado personal. Estrategias fue criado de afrontamiento para hacer frente a las limitaciones para permitir tomar la vida tan normal como sea posible. Participación de la familia fue el principal recurso utilizado para apoyar el desempeño de las actividades diarias y asumiendo con frecuencia todas las funciones en el hogar. En el segundo manuscrito, el modelo teórico de Andersen identificó once barreras para el uso de la atención básica para las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tres obstáculos están relacionados con factores predisponentes como la edad avanzada, el hecho de vivir solo y trabajar. Seis obstáculos están relacionados con factores favorables, a saber: los costes relacionados con el tratamiento, la dificultad de adquirir medicamentos, tiempo de espera, los recursos financieros limitados, distancia de los servicios de salud y la falta de consultas de rutina. Y dos barreras relacionadas con las necesidades de salud: seguir fumando y no haber recibido el diagnóstico médico. En el tercero manuscrito, a través de los cinco ejes de la clínica ampliada, se identificaron aspectos limitadores y facilitadores para ampliar la clínica en la atención de la salud de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El primer eje, la falta de registros adecuados sobre estas personas, proceso de trabajo para satisfacer las demandas de los centros de salud, la centralidad de acciones en la enfermedad y en la exacerbación y la falta de tiempo para la educación de la salud fueron evaluados como limitadores de la clínica ampliada. El segun eje, la dificultad de la interacción entre los profesionales y otros servicios de salud. En tercer eje, la falta de reconocimiento de los profesionales de la salud sobre los problemas que enfrentan los usuarios, la falta de acogida, del vínculo y no fomento la

autonomía. En cuarta eje, equipos insuficientes para el diagnóstico de la enfermedad, la falta de disponibilidad continua de medicamentos, la falta de directrices para intervenir en esta enfermedad crónica, y proyectos terapéuticos verticales, fueron las situaciones expresadas por los participantes como limitadores de la clínica ampliada. Un aspecto facilitador en este eje fue el diálogo y la escucha. En quinto eje, se destacó como aspectos limitantes: las deficiencias en la formación de los profesionales de la salud sobre las enfermedades pulmonares, la falta de programas específicos de tratamiento para las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la ciudad estudiados, la falta de profesionales en las equipos de salud, y los constantes cambios de estos profesionales. A partir de las experiencias de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, evidenciado de que las limitaciones y dependencias provocadas por la enfermedad, junto con las barreras para el uso de la atención primaria salud y los aspectos limitantes para la ampliación de la clínica son responsable en la baja participación en su plan de tratamiento. Por esta razón, estas personas no mantienen un continuo tratamiento para una vida más sana y con menos sufrimiento físico y emocional.

Descriptor: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Investigación Cualitativa. Evaluación en Salud. Atención a la Salud. Política de Salud. Enfermedad Crónica.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ATS: American Thoracic Society

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

ESF: Estratégia de Saúde da Família

ERS: European Respiratory Society

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System online

NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute

NUCRON: Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PSF: Programa Saúde da Família

SBPT: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

SCIELO: Scientific Electronic Library Online

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS: Unidade Básica de Saúde

VEF₁: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

WHOQOL: World Health Organization Quality of life

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

ESTRUTURA DA TESE	25
1. INTRODUÇÃO	26
1.1 OBJETIVO	33
1.1.1 Objetivo geral.....	33
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA	34
2.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	34
2.2 CLÍNICA AMPLIADA	39
2.2.1 Eixos fundamentais para análise da clínica ampliada	44
2.3 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	51
2.4 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	55
3. MÉTODO	62
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	62
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	62
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	63
3.4 COLETA DE DADOS.....	64
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	66
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
4. RESULTADOS	70
4. 1 MANUSCRITO 1: A TRISTEZA DE VIVER COM A SENSÇÃO DE FALTA DE AR: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	72
4.2 MANUSCRITO 2: AS BARREIRAS PARA O USO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	90
4. 3 MANUSCRITO 3: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA CONSIDERANDO A CLÍNICA AMPLIADA	112
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
6. REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES	168
ANEXOS	171

ESTRUTURA DA TESE

Esta tese está sendo apresentada no formato de teses de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2013, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa com o objetivo de avaliar a atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica na perspectiva da clínica ampliada em um município na Região Sul do Brasil.

A tese é constituída por introdução e problematização da temática, objetivo geral, fundamentação teórica da proposta de estudo, método, três manuscritos como resultado e considerações finais. Os três manuscritos serão submetidos à análise das revistas científicas selecionadas para a publicação.

O primeiro manuscrito explorou as experiências de viver com a doença pulmonar obstrutiva crônica; o segundo manuscrito identificou as barreiras para o uso da atenção básica a partir da perspectiva das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica; e, por fim, o terceiro manuscrito, avaliou qualitativamente a atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica, considerando a proposta da clínica ampliada. Esses manuscritos serão submetidos aos periódicos com bom fator de impacto, avaliados pelo Qualis/CAPES como A1 e A2.

1. INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem causado grande impacto na sociedade brasileira principalmente no âmbito social e econômico, em função da perda de produtividade e debilidade da pessoa com a doença, além do aumento nos custos de saúde pública. Portanto, trata-se de uma doença crônica não transmissível que representa uma carga substancial, tanto para a pessoa como para a sociedade (OPAS, 2008).

Nas últimas três décadas a DPOC, vem se tornando uma importante causa de morbimortalidade no mundo inteiro. Porém, é uma doença subdiagnosticada, permanecendo relativamente desconhecida ou ignorada pelas pessoas, principalmente porque a sintomatologia se manifesta tardiamente, fazendo com que as pessoas não procurem tratamento precocemente, necessitando mais atenção das autoridades de saúde pública dos governos e profissionais da saúde em prol da promoção, prevenção, tratamento e controle da doença (GOLD, 2013).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), no mundo inteiro, cerca de 210 milhões de pessoas sofrem da DPOC e morrem prematuramente devido às suas complicações, principalmente em países de baixa e média renda, que somam 90% das mortes por DPOC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil, de acordo com os últimos dados epidemiológicos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças do aparelho respiratório ocupam a décima posição em morbidade e as doenças respiratórias crônicas ocupam a décima primeira em mortalidade. Na Região Sul, os dados são os piores do país, na qual as doenças do aparelho respiratório ocupam a sétima posição em morbidade e as doenças respiratórias crônicas ocupam a sexta em mortalidade (BRASIL, 2008b).

A morbidade causada pela DPOC pode ser originada por múltiplos fatores, o principal deles é o próprio processo fisiopatológico da doença, que é caracterizado por uma limitação do fluxo aéreo expiratório que não é totalmente reversível, sendo progressiva e associada com uma resposta inflamatória anormal do pulmão, a partículas ou gases nocivos (GOLD, 2013).

Os fatores de risco têm grande contribuição para a morbidade, com o tabagismo sendo uma das principais causas da DPOC, principalmente em países de baixa e média renda. Entretanto, segundo a *American Thoracic Society* e *European Respiratory Society* (2004), o fumo passivo do tabaco, a exposição ocupacional, a poluição do ar, seja

ela ao ar livre, como acontece em algumas cidades poluídas no Brasil, ou em ambientes internos como os fogões a lenha, deve agir de forma aditiva para um aumento no risco de desenvolver a DPOC.

A idade é outro fator de contribuição importante para a morbidade, pois frequentemente a DPOC se desenvolve em pessoas de meia idade ou idosas que fumaram por muitos anos. Diversas diretrizes como a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2013), a *American Thoracic Society* e *European Respiratory Society* (2004) e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004), descreveram que a prevalência da DPOC se dá em pessoas acima de 45 anos de idade com aumento na proporção a partir dos 60 anos, demonstrando dois outros problemas que é a manifestação da doença em pessoas economicamente ativa, dificultando suas atividades laborais, e em idosos cuja saúde pode estar comprometida com outros agravos (BOLÍBAR et al., 2009).

A carga de morbidade culmina em comprometimento da qualidade de vida da pessoa com DPOC. A avaliação da qualidade de vida de pessoas com DPOC foi foco de meu interesse no curso de mestrado. Desenvolvi um estudo que analisou a percepção das pessoas com DPOC sobre a qualidade de vida, avaliada através do instrumento *World Health Organization Quality of life* (WHOQOL) desenvolvido pela OMS (KERKOSKI, 2007).

A partir de uma abordagem multidimensional da qualidade de vida que é avaliada pelo WHOQOL, constatei que as pessoas com DPOC referiam piora na sua qualidade de vida em função do comprometimento físico pela dor e desconforto, oriundos de outros agravos associados; pela falta de energia e fadiga; pela dificuldade de sono e repouso; pelo comprometimento das atividades de vida diária; pela dependência de medicação e de tratamento; pela falta de capacidade para realizar as atividades laborais; e pelos danos em outros domínios como psicológico, relações sociais e ambientais, principalmente devido ao grau de dispnéia e a idade avançada (KERKOSKI; BORENSTEIN; SILVA, 2010).

Outros estudos também descreveram que as doenças crônicas promovem alterações emocionais e sociais; dependência de outras pessoas e aparelhos; uso constante de medicações; e necessidade de tratamento continuado. Esta complexidade que envolve a doença crônica, sua terapêutica, a utilização de serviços de saúde, e o acesso tecnológico para tratamento, determinam e influenciam, diretamente, a trajetória da doença crônica (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004; SILVA et al., 2005; TRENTINI et al., 2005).

A prática clínica dos profissionais da saúde com pessoas com DPOC é usualmente dividida em terapêutica farmacológica e não farmacológica (GOLD, 2013). Durante a minha prática clínica como fisioterapeuta, percebi a existência de fragmentação na atenção a essas pessoas, ao avaliar inúmeras pessoas encaminhadas para tratamento fisioterapêutico. Relatavam que o diagnóstico da DPOC tinha sido realizado há vários anos e que até aquele momento, o único tipo de tratamento empregado teria sido o farmacológico. Outra situação bastante comum na minha prática clínica foi receber pessoas encaminhadas para a realização de exame espirométrico. Ao fazer um convite para complementar a terapêutica, com o tratamento fisioterapêutico, surpreendentemente percebi um desconhecimento da existência de outros tratamentos, assim como, resistência pelas pessoas com DPOC à nova terapêutica.

No entanto, é bem reconhecida em estudos a contribuição da terapêutica não farmacológica, incluindo: programa de reabilitação pulmonar, oxigenoterapia, suporte respiratório, cirurgia e cuidados paliativos (GOLD, 2013). A reabilitação pulmonar é uma prática clínica cuidadosamente avaliada em um grande número de estudos, desenvolvidos nos últimos 25 anos. Estes estudos evidenciaram os benefícios do programa de reabilitação pulmonar na melhoria da capacidade física, qualidade de vida, redução da dispneia e fadiga em pessoas com DPOC independente do grau da doença (GOLDSTEIN et al., 2012; RANST et al., 2011; SANTUS et al., 2013). A maioria desses estudos enfatiza a forma fragmentada de atuação dos programas de reabilitação pulmonar; a forma individualizada como os profissionais da saúde trabalham, não expressando uma prática multiprofissional; e uma visão direcionada para a clínica e não para o sujeito.

A diretriz mais utilizada mundialmente para a terapêutica da pessoa com DPOC enfatiza que a reabilitação pulmonar deveria envolver uma equipe multiprofissional da saúde, pois o programa inclui variadas formas de terapêutica, tais como: treinamento com exercícios físicos orientados pelo fisioterapeuta, aconselhamento nutricional, acompanhamento contínuo de enfermagem e apoio psicológico (GOLD, 2013). Porém, percebe-se na prática clínica que a maioria dos profissionais da saúde trabalha isoladamente e cada um com foco na sua especialidade.

Embora as pessoas com DPOC sejam inicialmente diagnosticadas e tratadas nos serviços da atenção básica, há relativamente pouca informação sobre a disponibilidade destes serviços às pessoas com DPOC em âmbito mundial. Um estudo recente, que avaliou a atenção

básica as pessoas com DPOC, na Argentina, Austrália, Brasil, China, Hong Kong, Japão, México, Rússia, África do Sul, Coreia do Sul, Taiwan e Turquia, demonstrou que o entendimento dos profissionais sobre a DPOC e o tratamento das pessoas com essa doença é muito abaixo do esperado ao que recomenda as diretrizes (AISANOV et al., 2012).

Contudo, está evidente que há dificuldades no tratamento da pessoa DPOC na atenção básica e a falta de continuidade no tratamento, porém na perspectiva das pessoas com DPOC pouco se conhece, pois os estudos abordam mais as perspectivas dos profissionais (JOHNSTON et al., 2011; SALINAS et al., 2011). Estudos na perspectiva das pessoas com DPOC estão mais relacionados com a qualidade de vida (WYRWICH et al., 2007).

Realizamos uma revisão de literatura abordando a atenção básica, nos últimos dez anos, em bases de dados como *Lilacs*, *Scielo*, *Medline*, *Cinahl*, *Web of Science* e *Scopus*. Verificamos que as publicações são predominantemente de fontes internacionais, a maior parte dos estudos é de natureza teórica, como revisões de literaturas e diretrizes, sendo em menor proporção os estudos empíricos. Nestes, predominam estudos com foco nos profissionais da saúde e em menor proporção, estão os estudos que avaliam a educação em saúde e programas de cessação do tabagismo (KERKOSKI; SILVA, 2011).

Da mesma forma como as publicações são escassas acerca da DPOC na atenção básica, é escassa as referências do Ministério da Saúde sobre promoção, proteção e recuperação da pessoa com esta doença. Observam-se iniciativas muitas isoladas a fim de alertar a população sobre os malefícios do tabagismo, e sobre a doença, suas manifestações e o tratamento (BRASIL, 2010a).

Somente em 2010, o Ministério da Saúde lançou um Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Respiratórias Crônicas. Esta publicação visou apoiar e orientar as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde do SUS, na estruturação da prática clínica às pessoas com doenças respiratórias crônicas, entre elas a rinite alérgica, asma e DPOC (BRASIL, 2010a). Mais da metade do conteúdo desse caderno aborda sobre a clínica da doença e a terapêutica medicamentosa. Em menor proporção aborda a atenção básica, incluindo a promoção e prevenção em saúde, tais como: a cessação do tabagismo, o cuidado integral às pessoas e à família. O caderno é finalizado com as atribuições e competências dos profissionais e gestores municipais (BRASIL, 2010a).

Na minha prática profissional como fisioterapeuta tratando pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, ao longo dos últimos

treze anos, tive a oportunidade de observar as dificuldades que elas manifestavam no viver com a dispneia. Pessoas que chegavam para o atendimento cabisbaixas e com andar vagaroso. Pessoas que faltavam demasiadamente aos atendimentos fisioterapêuticos agendados, alegando estar em agudização da doença que impossibilitava a saída do domicílio. Minha inquietação frente a essa situação e a dados epidemiológicos alarmantes, constantemente destacados na literatura científica, enfatizando o aumento na demanda de pessoas com DPOC, me levou a decisão da realização de um estudo qualitativo, capaz de compreender a própria vivência da pessoa, seus significados e suas representações diante da doença e do tratamento que realizavam e permitindo apreender a avaliação que fazem da atenção à saúde que recebem. A intenção foi de possibilitar a construção de novas formas de prática clínica às pessoas com DPOC.

A atenção à saúde das pessoas com DPOC deveria constar como prioridade dos serviços de atenção à saúde, assim como os outros grupos prioritários de pessoas com hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e tuberculose. Essa prioridade deveria ter maior destaque na atenção básica, pois, é a porta de entrada dos usuários no SUS, como também o espaço propício para se avaliar as necessidades de saúde da população. Esta prioridade deveria ser estabelecida a fim de possibilitar uma clínica mais ampliada de atenção à saúde das pessoas com DPOC, com vistas à superação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos.

Campos (2005) quando criticou o formato tradicional (hospitalocêntrico) da organização dos serviços de saúde, destacou que para se ter um impacto positivo na reforma da clínica da medicina e das outras clínicas de enfermeiros, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc., não adianta alterar o formato das organizações de saúde e as inter-relações entre estas organizações, sem alterar de forma substantiva o modo fragmentado e desumanizado que os profissionais da saúde tratam as pessoas.

O hospital ainda é o espaço hegemônico de formação dos profissionais da saúde, e onde é ressaltada a centralidade do trabalho na doença, nos procedimentos, diagnósticos, exames e medicações. Essa formação marca presença mesmo quando trabalhando na atenção básica, mas se torna um tanto quanto abalada já que a aplicação das terapêuticas depende da pessoa doente, que na maior parte do tempo não está na presença do profissional e do serviço de saúde. Pode-se dizer que o poder dos profissionais da saúde em relação aos usuários na atenção básica é muito menor do que esses profissionais acreditam, o que significa dizer que é necessário a conquista da participação e

compreensão da pessoa no seu projeto terapêutico. Além disso, é importante ressaltar que os profissionais precisam desenvolver a capacidade de diálogo, a disposição para a escuta e a aceitação do outro e de seus saberes (CUNHA, 2005).

Esta mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico para um modelo que focalize a atenção básica como o espaço mais importante de atenção à saúde, culminou com a proposta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH), que foi implantada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de provocar inovações nas práticas de produção de saúde, propondo para os profissionais da saúde implicados nestas práticas, o desafio de superar os limites do formato tradicional e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção de saúde (BRASIL, 2008a).

Uma das propostas da PNH, na tentativa de reorganizar a clínica, foi a criação da clínica ampliada para que os profissionais da saúde pudessem enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados das pessoas, como ocorre na clínica tradicional, mas sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Esta proposta ainda tem o desafio de lidar com as pessoas buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico, tornando-se mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento (BRASIL, 2008a).

Busca-se, através da proposta da clínica ampliada, constituir uma ferramenta capaz de articular e incluir os diferentes enfoques (o biológico, o social e o psicológico) e as disciplinas na prática clínica. Porém, se reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque, sem que isso signifique a negação de outros enfoques (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada estimula a proximidade com as redes familiares e sociais das pessoas, podendo ser capaz de facilitar as intervenções em saúde. Ainda, há possibilidade de se construir vínculos duradouros com as pessoas, o que pode aumentar a eficácia das intervenções na prática clínica seja em ações diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação (CAMPOS et al., 2008).

A clínica deverá ser ampliada, partindo da questão biológica para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a sua característica singular, mas sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos, como diretrizes, protocolos e programas. Ainda depende da participação do usuário, tanto no diagnóstico quando no processo terapêutico (CAMPOS et al., 2008).

A implementação de um modelo de cuidado que se deseja tornar visível no SUS em decorrência da sua proposta de cuidado integral e humanizado, se expressa mais do que somente uma intenção na atenção à saúde das pessoas, mas como algo a se tornar concreto. Portanto, acompanhar o processo de sua operacionalização passa a ser um desafio considerado essencial para o avanço da qualificação das intervenções em saúde. Para isso, torna-se necessário avaliar esse processo (BRASIL, 2005a).

Desta forma, profissionais da saúde e gestores vêm discutindo a necessidade de aprimorar os processos avaliativos a fim de conhecer os resultados de tais propostas, como a da clínica ampliada. Esses processos avaliativos, para subsidiar as propostas das políticas públicas, são essenciais para a construção de uma base de evidências das ações na atenção básica, assim como uma forma de qualificar todo o processo (AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2004; AYRES, 2004).

A função primordial da avaliação de programas e serviços é produzir saúde. Além disso, a avaliação também deve propiciar incremento na capacidade de análise de si mesmo e do coletivo de pessoas organizadas nos programas e serviços para a produção de saúde, aumentando sua autonomia e capacidade de estabelecer articulações com seu entorno (FURTADO, 2009).

A escolha para este estudo foi de realizar uma avaliação qualitativa. Essa avaliação emprega o entendimento da realidade a partir de uma ótica, que objetiva a qualidade (dirigidos à análise da eficácia e/ou eficiência de determinado programa). O método avalia a dimensão subjetiva da qualidade que admite a experiência e o vivido, as emoções e os sentimentos, considerando ainda as expectativas, o projeto de vida e a felicidade das pessoas envolvidas (BOSI; UCHIMURA, 2006; FURTADO, 2009).

A avaliação qualitativa se propõe a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. Estes estudos são adequados para análise do sucesso prático, ou seja, à análise da efetividade de uma proposta ou ação em saúde, pois consideram as expectativas e o universo simbólico das pessoas envolvidas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Desse modo, o presente estudo pretendeu responder a seguinte questão: Qual a compreensão de usuários e profissionais da saúde sobre a atenção a saúde da pessoa com DPOC na perspectiva da clínica ampliada?

A tese defendida neste estudo é de que a atenção básica que promove um viver mais saudável e com menor sofrimento físico e

emocional de pessoas com DPOC, envolve acolhimento, vínculo, diagnóstico precoce, acesso aos cuidados e tratamentos, atendimento por equipe multiprofissional com referência e contra-referência, convergente ao que está proposto nas políticas de saúde no Brasil.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a atenção à saúde da pessoa com DPOC na perspectiva da clínica ampliada em um município da Região Sul do Brasil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

A fundamentação teórica foi compreendida neste trabalho como a apresentação de autores que auxiliam na compreensão de nosso objeto de estudo, se configurando como uma perspectiva que dá sustentação teórica e metodológica para o estudo que foi desenvolvido. Considerando que há escassez de estudos avaliativos sobre as intervenções realizadas às pessoas com DPOC na atenção básica, também foram incluídos estudos teóricos e textos do Ministério da Saúde sobre a atenção as pessoas com DPOC e que tratam da clínica ampliada.

Está composta por quatro temas que permeiam o estudo: o primeiro é a pessoa com a DPOC, seus comprometimentos inerentes a cronicidade da doença e a prática clínica realizada na atenção básica; o segundo é a clínica ampliada e os eixos que dão sustentabilidade a esta proposta do Ministério da Saúde com o intuito de organizar, disseminar e multiplicar as ações em saúde; o terceiro é a Estratégia da Saúde da Família (ESF) que foi implantada para organização da atenção básica; o quarto é a avaliação de programas e serviços de saúde mais especificamente a avaliação qualitativa.

2.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A DPOC é caracterizada pela limitação crônica do fluxo aéreo e uma série de mudanças patológicas no pulmão, como: doença das pequenas vias aéreas (bronquiolite obstrutiva), destruição do parênquima (enfisema), com a contribuição de cada um deles variando de pessoa a pessoa; também processos inflamatórios que levam a destruição do parênquima pulmonar e perda de ligação alveolar e como consequência diminuição da retração elástica pulmonar (GOLD, 2013).

A DPOC tem efeitos extrapulmonares importantes que levam a condições de comorbidade e podem contribuir para a gravidade da doença, pois a doença, frequentemente, se desenvolve em fumantes de meia idade que fumaram durante bastante tempo, e muitas vezes têm uma variedade de outras doenças relacionadas ao tabagismo ou ao envelhecimento (GOLD, 2013).

A obstrução ao fluxo aéreo tem efeitos profundos sobre a função cardíaca e as trocas gasosas com consequências sistêmicas. Além disso, como resultado da inflamação da DPOC e/ou alterações nos mecanismos de reparo, com liberação de mediadores inflamatórios na corrente sanguínea, pode resultar em manifestações sistêmicas

importantes da doença, tais como disfunção do músculo esquelético, perda de peso, alto risco para infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, osteoporose, anemia normocítica, câncer de pulmão, depressão e diabetes. (BARNES; CELLI, 2009; NUSSBAUMER-OCHSNER; RABE, 2011).

Lundback et al. (2003) relataram que 50% dos fumantes acima de 60 anos tendem a desenvolver a DPOC. Dado importante também relacionado ao fumo é a questão do gênero. Atualmente não se pode afirmar que a prevalência da doença em homens é maior, uma vez que as mulheres têm alcançado estatísticas semelhantes, senão superiores, como reflexo das mudanças nos padrões do tabagismo.

A Região Sul do Brasil se destaca no que tange ao tabagismo. A vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) referente ao ano de 2011 das capitais brasileiras relata que a maior frequência de homens que declararam fumar 20 ou mais cigarros foi em Porto Alegre (12,9%) e Curitiba (9,0%) e, as mulheres foi em Porto Alegre (8,9%) e Rio de Janeiro (5,8%) (BRASIL, 2012).

O estudo de Scanlon et al. (2000) evidenciou que fumantes persistentes continuam a perder 70 a 100 ml por ano de função pulmonar, medidas através do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) na espirometria. Por outro lado, as perdas do VEF_1 em ex-fumantes estão próximas a 30 ml por ano. Isso demonstra que a cessação do tabagismo pode ser uma intervenção eficaz para prevenir a progressão da doença.

Segundo a diretriz mundial para a terapêutica da DPOC, cessando a exposição aos fatores de risco, mesmo quando uma limitação significativa do fluxo aéreo está presente, pode resultar em alguma melhora na função pulmonar e retardar ou mesmo interromper a progressão da doença. Entretanto, uma vez desenvolvida, a DPOC e suas co-morbidades não podem ser curadas e, portanto, devem ser tratadas pelo resto da vida da pessoa (GOLD, 2013).

Em 2002, a DPOC foi a quinta principal causa de morte nos Estados Unidos. Atualmente é a quarta causa. A incidência da DPOC continua aumentando, projeta-se um aumento de mais de 30% de mortes por DPOC nos próximos 10 anos se não ocorrerem intervenções para reduzir os riscos. Estimativas mostram que a DPOC tornar-se-á em 2030 a terceira maior causa de morte no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Os principais sintomas da DPOC são: dispneia, sibilância pulmonar, tosse, produção de expectoração e intolerância ao exercício,

associados à ansiedade e à depressão, sendo estes os responsáveis pela alteração da relação entre saúde e qualidade de vida das pessoas com essa doença (CAMELIER et al., 2006).

O prejuízo na qualidade de vida na pessoa com DPOC vai acontecendo cronicamente, acompanhando o progresso da limitação do fluxo aéreo, que inicialmente vai reduzir a capacidade física aos grandes esforços e com o tempo vai evoluir para o repouso, agravando e desencadeando os sintomas que limitam as pessoas nas suas atividades de vida diária, no convívio social e nas atividades laborais (PAULIN; BRUNETTO; CARVALHO, 2003; PITTA et al, 2006).

As pessoas com DPOC caminham menos tempo por dia quando comparados aos idosos saudáveis, assim como apresentam intensidade de movimento de caminhada menor. Também tendem a passar mais tempo sentadas e deitadas durante o dia que idosos saudáveis (HERNANDES et al., 2009).

Por estes motivos, a DPOC deve ser tratada com cautela e atenção especial assim como também as co-morbidades e seus efeitos na qualidade de vida das pessoas. Um diagnóstico diferencial cuidadoso e uma avaliação integral devem ser realizados principalmente se a pessoa tem história de tabagismo, meia idade, sinais de cansaço e dispneia, tosse persistente e hipersecreção pulmonar (GOLD, 2013).

Deseja-se que o primeiro contato dessas pessoas seja com a atenção básica, devendo esta, estar apta a manejar sua terapêutica. Entretanto, os serviços de saúde, frequentemente, realizam abordagens restritas, e como consequência têm-se um elevado número de internações desnecessárias, alta morbidade, visitas frequentes a serviços de urgência, além de recorrentes faltas ao trabalho, resultando em um enorme custo econômico e social. Associa-se a isso o subdiagnóstico e a falta de controle dos sintomas (BRASIL, 2010a).

Para se ter uma ideia desta consequência, houve um acréscimo superior a 20% no número de internações hospitalares por doenças respiratórias crônicas no Brasil e superior a 40% na região Sul do país nos últimos cinco anos. Os últimos dados registrados pelo Ministério da Saúde (novembro de 2010) demonstram o maior número de internações por DPOC na região Sul quando comparado as outras regiões brasileiras (BRASIL, 2010c).

Além dessas internações gerarem altos custos para o SUS, afetam a qualidade de vida das pessoas com DPOC. Por isso é necessário que os profissionais da atenção básica estejam melhor preparados para intervir no atendimento às pessoas com DPOC, ofertando um bom e contínuo projeto terapêutico. Ainda, estes profissionais devem atuar de

forma próxima das famílias para conseguir melhor adesão ao tratamento, permitindo um maior controle dos sintomas e como consequência uma diminuição do número de internações hospitalares e uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010a).

A *American Thoracic Society* e *European Respiratory Society* (2004) descreveram que o tratamento das pessoas com DPOC deve seguir um programa multidisciplinar de assistência incluindo médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, moldado individualmente para cada pessoa com o objetivo de aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir a progressão da doença, melhorar a capacidade física, prevenir e tratar as exacerbações e reduzir a mortalidade.

O Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Respiratórias Crônicas, publicado pelo Ministério da Saúde, descreve os seguintes passos para o tratamento das pessoas com DPOC: redução de fatores de risco, monitorização da doença e terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas (BRASIL, 2010a).

A medida preventiva mais eficiente e de melhor custo-efetividade para a redução de fatores de risco é a cessação do tabagismo, que geralmente é realizada por meio da educação em saúde (BRASIL, 2010a).

A PNH inclui o controle do tabagismo como um dos temas centrais e incentiva financeiramente as ações para a criação de ambientes mais saudáveis. As vigilâncias sanitárias dos municípios são capacitadas para as ações de controle do tabagismo, orientando a população e os estabelecimentos comerciais sobre a importância dos ambientes saudáveis, ou seja, sem fumaça de derivados de tabaco (BRASIL, 2010b).

A atenção básica é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis. O tratamento do fumante é baseado na terapia cognitivo-comportamental, modelo de terapêutica centrado na mudança de crenças e do comportamento associado a elas, que leva a pessoa a desenvolver estratégias de enfrentamento das situações de risco. Em pessoas com alto grau de dependência, essa terapêutica pode ser acompanhada de tratamento farmacológico para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência e facilitar o processo de mudança (BRASIL, 2010a).

A educação em saúde através de folhetos oferecidos isoladamente tem pouco benefício, mas, se utilizados com suporte pessoal, podem propiciar o interesse em parar de fumar. Um estudo americano

descreveu que embora os programas de autoajuda possam ser valiosos, a qualidade e a quantidade de aconselhamento face a face são fundamentais para o sucesso, pois o aconselhamento intensivo leva a um sucesso de 22% em comparação com a taxa de sucesso de 13% para o aconselhamento mínimo (três minutos) (RADIN; COTE, 2008).

O monitoramento da DPOC também é necessário, pois se trata de uma doença progressiva. As pessoas com DPOC devem continuar o acompanhamento com as equipes da atenção básica conjuntamente com profissionais de referência, para monitoramento através de exames complementares como, radiografia de tórax, gasometria, espirometria, exame de escarro e de sangue (BRASIL, 2010a).

A prática clínica farmacológica com broncodilatadores e corticóides controla a sintomatologia da doença e pode ser utilizada via sistêmica ou através de nebulizadores. A vacina anti-influenza é indicada geralmente para pessoas acima de 65 anos como medida preventiva (GOLD, 2013).

As pessoas com DPOC se beneficiam também das práticas clínicas não farmacológicas, como os programas de treinamento físico, treinamento muscular e reeducação respiratória, conduzidos pela fisioterapia, tanto para aumentar a capacidade física quanto para melhorar os sintomas de cansaço e dispneia (LANGER et al., 2009; PROBST et al., 2011).

As reduções no peso corporal e em valores de índice de massa corpórea são fatores prognósticos negativos independentemente da gravidade da doença, por este motivo faz-se necessário também um acompanhamento nutricional com suplementação alimentar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

A depressão, a ansiedade e o pânico são complicações frequentes da DPOC pela intensa dispneia que causa dependência e isolamento social. A melhora da capacidade física, do humor, da autoconfiança e da qualidade de vida tem sido relatada a partir do aconselhamento psicológico e da terapia comportamental cognitiva individual, com melhores ganhos se associado ao uso de antidepressivos (McKENZIE et al., 2003).

Norhall et al. (2009) avaliaram um programa na atenção básica para melhorar o estilo de vida como intervenção precoce em pessoas com DPOC leve e moderada na Suécia. Durante um período de quatro semanas, 84 fumantes entre 40-70 anos de idade, participaram de um programa de intervenção que incluiu a cessação do tabagismo, atividade

física e dieta. Ao final do programa de intervenção, 47% das pessoas com DPOC haviam parado de fumar.

Efraimsson, Hillervik e Ehrenberg (2008) avaliaram os efeitos de um programa de intervenção educativa estruturado por enfermeiras na atenção básica da Suécia. Foi um estudo experimental com 52 pessoas, divididas em grupo de intervenção e controle. Ambos os grupos receberam o tratamento padrão, mas no grupo de intervenção também foram oferecidas duas visitas de uma enfermeira a fim de aumentar a capacidade das pessoas para o autocuidado e seus conhecimentos sobre a doença. Um aumento estatisticamente significativo foi observado no grupo de intervenção, sobre a qualidade de vida, o número de pessoas que pararam de fumar e do conhecimento sobre a DPOC no acompanhamento de três a cinco meses após a intervenção.

Moore (2007) fez um estudo para identificar as melhores práticas em 25 serviços da atenção básica às pessoas com DPOC nos Estados Unidos. Ele identificou que a espirometria era subutilizada para o diagnóstico da doença mesmo quando o equipamento estava disponível. Programas formais de cessação do tabagismo são incomuns, assim como o monitoramento clínico. Os médicos relataram não ter tempo suficiente para melhorar o desempenho, devido ao pouco tempo disponível para as consultas (15 minutos). Concluiu que embora melhorar a compreensão da clínica seja importante, é igualmente importante que as práticas clínicas da atenção básica sejam otimizadas por todos os membros da equipe, além de organizar o agendamento de forma que dê para realizar o monitoramento da doença.

2.2 CLÍNICA AMPLIADA

A concepção de clínica ampliada é para toda a rede de saúde do SUS, ou seja, para a rede hospitalar, a rede básica e as clínicas, assim como envolve desde os profissionais da saúde, os gestores e os usuários do sistema. Porém neste capítulo, foi descrito sobre a clínica ampliada na atenção básica e os eixos que orientam os profissionais da saúde para um cuidado ampliado, visto que o foco deste estudo foi o cuidado às pessoas com DPOC a partir da perspectiva dos próprios usuários e profissionais da saúde.

A PNH do SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS, que são: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, no cotidiano das práticas, bem como mudança dos modelos de atenção e de gestão.

Dentre as diretrizes gerais para a implementação da PNH estava a de reforçar o conceito de clínica ampliada: “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2003, p. 33).

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou um caderno sobre a clínica ampliada, uma cartilha da PNH, com o intuito de multiplicar e aprimorar as experiências do Humaniza SUS. Destacando-se na introdução desta cartilha que se desejava através da disseminação da clínica ampliada provocar inovações nas práticas de produção de saúde.

A cartilha apresenta, para os diferentes sujeitos implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços. A clínica precisa ser muito mais do que um médico solicitando exames ou prescrevendo remédios, para comprovar ou não a hipótese da pessoa ter uma determinada doença. Destaca-se que não basta somente o diagnóstico para planejar uma conduta para um sujeito que é singular (BRASIL, 2004).

Em 2009 houve uma atualização desta cartilha, de forma a reafirmar o Humaniza SUS e a clínica ampliada como política que durante este tempo todo, passou por diferentes ações e instâncias do SUS, e englobou os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão à saúde. A proposta da clínica ampliada foi pensada como dispositivo para configuração e fortalecimento de redes de saúde, capaz de apontar para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores, gestores e fomentando a participação dos usuários do SUS (BRASIL, 2009).

A cartilha apresentou a clínica ampliada de uma forma mais organizada, respondendo perguntas do tipo: Por que precisamos da clínica ampliada? O que é clínica ampliada? Avança na proposta da clínica ampliada descrevendo os seus eixos fundamentais, que são: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

O foco do Ministério da Saúde na década de 90, e que perdura até os dias de hoje, foi a organização da prática clínica, com o desafio de substituir o modelo hospitalocêntrico e preservar os princípios do SUS de universalidade e integralidade (MENICUCCI, 2009).

É comum ler expressões como “modelo biomédico”, “hospitalocêntrico”, “biologicista”, “médico-cêntrico”, pois foi fato que durante quase todo o século XX o hospital e seu quadro médico ocupou

uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde. Os médicos foram atraídos pelo hospital pela possibilidade de estudar e melhorar a prática clínica, tornando-se então um cenário de ensino cada vez mais importante. Momento em que a história natural da doença foi dominada pelos fenômenos biológicos e a história social foi praticamente abolida. É fácil de identificar isso até hoje nas anamneses dos profissionais da saúde, quando se observa, o tamanho reduzido da história social dos usuários (COELHO, 2008).

Cunha (2005) em seu trabalho sobre a “Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica” descreveu que acreditava que havia avanços na organização dos serviços de saúde, principalmente na gestão das pessoas e do processo de trabalho, que valoriza o trabalho em equipe, uma gestão por resultado e não por procedimentos, e a adscrição da população, mas ressaltou que os limites da clínica tradicional ainda são evidentes, até mesmo porque, o hospital ainda tem influência grande na formação dos profissionais da saúde.

Deveras, o pressuposto que a maioria dos profissionais da saúde traz da sua formação “hospitalocêntrico”, que enxerga apenas a doença e seus impactos biológicos, fica extremamente abalada na atenção básica, pois o hospital é um espaço que permite destaque para a gravidade da situação orgânica (o biológico), que separa o corpo da alma e ainda o corpo em fragmentos nas especialidades (CUNHA, 2005).

Este autor trouxe em seu trabalho os diferentes saberes do hospital e da atenção básica, destacando as diferenças que permitem uma clínica diferente na atenção básica. A saber: a) a adscrição da população por equipe possibilita encontros dos usuários com os profissionais da saúde seguidamente no tempo; b) o sujeito não é tão submisso, já que a aplicação das condutas depende dele mesmo; c) o diagnóstico não é soberano, é apenas uma parte do projeto terapêutico; d) as relações de poderes dos profissionais da saúde em relação aos sujeitos são menores; e) há necessidade de negociação com o sujeito do projeto terapêutico; f) é essencial a capacidade de diálogo, escuta, aceitação do sujeito e seus saberes (CUNHA, 2005).

Em 1997, em seu trabalho: “A clínica do Sujeito: por uma Clínica Reformulada e Ampliada”, Campos (2005) propôs a reforma da clínica moderna, de maneira que os profissionais da saúde deslocassem a centralidade na doença para o sujeito em condição de enfermidade, denominando a clínica do sujeito, desta forma, propõe a necessidade de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos.

A necessidade de se lidar com essa polaridade se justifica pelo fato de que nenhum dos dois pode ser descartado. Busca-se uma nova dialética entre sujeito e doença, pois o sujeito é um ser concreto, onde seu corpo e sua dinâmica corporal estão marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade ou de sofrimento, em um dado contexto social específico (o sujeito e a sua integralidade). A doença também não pode ser ignorada, pois ela está lá, no corpo, todo o tempo, trazendo prejuízos, dependendo dos profissionais da saúde e independentemente da vontade dos sujeitos (CAMPOS, 2005).

O sujeito sofre constantemente forças externas e internas. O universal estaria relacionado à região de forças externas que incide sobre o interno. O particular associa a região de forças predominantemente imanentes ao sujeito. Da tensão entre o universal e o particular resulta o sujeito singular, ou seja, a região de contato interno com o externo se preenche e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto (CUNHA, 2005).

Campos (2006) explicou que o sujeito é singular pela capacidade de reflexão e de intervenção sobre a dinâmica da sua saúde e da doença e sobre a co-constituição de si mesmo e de suas organizações. Portanto, o sujeito singular é o resultado sintético da influência do contexto sobre o sujeito e, ao mesmo tempo, resulta da intervenção deste sujeito sobre o contexto e sobre si mesmo.

Coelho (2008) reforçou que para ampliar o trabalho da clínica é preciso alargar o seu escopo, e para isso é necessário que também passe a abarcar o sujeito singular além da doença, ou seja, não ter como objeto apenas a doença, mas o doente e suas outras dimensões: existencial, subjetiva e social. Segundo o autor, é necessário rever a prática clínica de todos os profissionais da saúde, assim como superar o apagamento das outras dimensões do sujeito.

Propõem-se ampliação e não troca, aí se desdobra um campo de responsabilidades para a clínica, pois o sujeito passa a ser visto como um composto, uma mescla, resultante de uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença. Por exemplo, em casos de doenças crônicas, as pessoas quase sempre são dependentes de algum tipo de apoio, seja ele medicamentoso ou de reabilitação. Os doentes crônicos estão sujeitos à variação de humor em decorrência das limitações que a doença impõe e, além disso, ter sentimentos de inferioridade no seu contexto sociocultural. Enfim, estas pessoas se beneficiariam com uma ampliação da clínica (CAMPOS, 2005).

Os principais aspectos operativos e filosóficos da clínica ampliada incluem os seguintes pontos:

1) Equipes de referência: A equipe de referência é aquela que se vincula a um determinado número de famílias adscritas a Unidade Básica de Saúde (UBS), se responsabilizando por elas, acompanhando-as ao longo do tempo, seja nos aspectos que envolvem o controle de suas doenças, seja em relação à promoção de sua saúde. A equipe de referência pode ter diferentes formatos, desde o tradicional das equipes que compõem as UBSs, até outros arranjos com diferentes profissionais, dependendo do local no qual ela é formada, como exemplo, em um Centro de Apoio Psico-Social (CAPS), o psiquiatra, a psicóloga e uma assistente social poderiam se constituir na equipe de referência. Na atenção básica, os profissionais da equipe de referência deverão ser capazes de resolver a maior parte dos problemas clínicos da sua área de responsabilidade. Para as situações em que o conjunto de conhecimentos e instrumentos da equipe de referência não se mostrem suficientes para a solução de um determinado problema, encaminha-se para os serviços especializados, porém não isenta a equipe de referência de continuar se responsabilizando pela condução e acompanhamento dos casos.

2) Apoio especializado matricial: O apoio matricial tem o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes de referência. Esta retaguarda pode se referir tanto a questões de cuidado quanto a suporte técnico-pedagógico. Desta forma, o apoio matricial e equipe de referência, juntos são formas organizacionais para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

3) Formação de vínculo entre usuário e equipe: Para que exista um acompanhamento ao longo do tempo dos usuários, é necessário que o trabalhador da saúde se vincule a ele em um processo de corresponsabilização pela saúde do usuário. Esta responsabilização não se dá apenas nos períodos em que o usuário se encontra doente, mas também durante todo o processo de produção da saúde.

4) Responsabilização clínica e sanitária: a responsabilidade das equipes de referência vão para além da clínica, como também das questões sanitárias de uma população sob sua responsabilidade, como exemplo, as questões ambientais e epidemiológicas. Neste sentido, também deve haver corresponsabilização, pois a população também é responsável por estas questões, a fim de melhorar suas próprias vidas e a dos outros (COELHO, 2008).

5) Identificação de risco e vulnerabilidade: Riscos e vulnerabilidades tanto individuais como coletivos deverão ser identificados pelas equipe de referência e programadas metas para sua abordagem. Neste aspecto,

trabalhar com o conceito de equidade é fundamental, no sentido de que deve ser ofertado mais serviços aos que estão sujeitos a mais riscos.

6) Utilização de múltiplos paradigmas: Outros campos do conhecimento, como as ciências humanas e sociais deverá ser uma rotina no trabalho em saúde, para que se possa dar conta da abordagem de um sujeito singular.

7) Trabalho em equipe: Organizar o trabalho para que haja interação das equipes, de forma interdisciplinar ao lado de práticas específicas de cada trabalhador da saúde, a fim de integrar a equipe entre si, e com outras equipes de referência do mesmo ou outros serviços de saúde.

8) Construção de autonomias: Um dos principais objetivos do trabalho em saúde é ampliar autonomia dos sujeitos, para que possam cuidar melhor de si e também dos outros. É responsabilidade de todos os trabalhadores da saúde, aumentar o poder do usuário, individual ou coletivamente, ampliando sua capacidade de interferir nos determinantes e nas consequências de seu processo de saúde e doença.

9) Elaboração de projetos terapêuticos singulares: Uma vez que os processos de adoecer são diferentes de sujeito para sujeito, na qual há situações em que o adoecimento é passageiro, e outras em que o sujeito vai ter que conviver com um problema crônico pelo resto da vida, as intervenções precisam ser singularizadas. Ainda, um mesmo problema pode ter impactos diferentes na vida de diferentes sujeitos. Por isso, encontrar projetos terapêuticos singulares para cada sujeito e seu contexto é fundamental na prática clínica e na organização dos serviços de saúde.

10) Elaboração de projetos de intervenção na comunidade: Quando problemas comuns ao contexto da vida dos usuários sob a responsabilidade de uma determinada equipe de referência necessitam ser abordados (COELHO, 2008).

2.2.1 Eixos fundamentais para análise da clínica ampliada

Estes eixos auxiliam a entender o que está envolvido na ampliação da clínica e foram utilizados nesta pesquisa como guia, exatamente para auxiliar a compreensão deste processo de ampliação da clínica na atenção básica as pessoas com DPOC. São os principais aspectos operativos da clínica ampliada, como descrito anteriormente, porém divididos na forma de eixos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aprimorar a didática e facilitar seu entendimento (BRASIL, 2009).

2.2.1.1 Compreensão ampliada do processo saúde-doença

O modelo biomédico, ainda hegemônico, estrutura-se sobre uma teoria empirista da doença, ou seja, que acredita nas experiências como únicas ou principais para nortear a sua prática. Portanto, a prática clínica resultante baseia-se no conhecimento de cadeias causais que operam em nível biológico, seguindo um roteiro de decodificação das queixas das pessoas, a fim de identificar o processo patológico e desta forma estabelecer o diagnóstico da doença e propor uma terapêutica (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003).

Porém, o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade. Passa-se a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Desse modo, para a compreensão da saúde, da doença e do processo saúde-doença, deve-se envolver o ambiente, o estilo de vida, a biologia humana, o sistema e serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

Buss e Pellegrini Filho (2007) descreveram que os determinantes sociais da saúde influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, além dos fatores sociais, econômicos, culturais, acrescentam também os fatores étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais.

A convivência em ambientes de trabalho, de moradia, de lazer, de estudo, etc., também pode causar efeitos mais ou menos lesivos na saúde. A cultura e os valores influem sobre a saúde pelo valor que as pessoas atribuem à vida, o reconhecimento da cidadania, a concepção sobre saúde, a sexualidade, as formas com que se lida com diferenças de gênero e de etnia ou mesmo a situação econômica, tudo isto é capaz de ampliar ou restringir as possibilidades de saúde (CAMPOS, 2006).

A compreensão ampliada do processo saúde-doença busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico, pois numa mesma situação, num dado momento é possível detectar inúmeros aspectos diferentes: as doenças e suas manifestações e complicações, as forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), as relações sociais, a situação afetiva, e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante naquele momento. A clínica ampliada coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais (BRASIL, 2009).

Ampliar a clínica é saber lidar com a singularidade das pessoas sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e terapêuticas, ainda a co-produção de sujeitos individuais e coletivos, e uma reflexão crítica sobre os limites do conhecimento universal diante de um sujeito sempre singular (CAMPOS, 2005).

2.2.1.2 Construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas

A proposta do trabalho compartilhado em equipe foi veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, pois ele tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001).

Descreve-se duas noções sobre trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de profissionais em que ocorre a justaposição das ações e a equipe como integração de trabalhos, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos profissionais. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da clínica ampliada. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o profissional elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas (PEDUZZI, 2001).

Produzir saúde demanda a interação de vários campos de conhecimento e a articulação das ações. Desta forma, os profissionais da saúde necessitam se organizar de forma a aumentar a capacidade dos serviços de saúde em resolver problemas e produzir saúde. Organizar o trabalho de forma que as equipes de saúde efetivamente atuem em equipe, encontrando campos de atuação que possam ser implementados por todos os membros de forma interdisciplinar ao lado de núcleos de práticas específicas de cada categoria de profissionais da saúde (COELHO, 2008).

A clínica ampliada reconhece que produzir saúde é uma tarefa complexa, e isso significa que há necessidade de compartilhar diagnósticos e propostas de intervenção. Este compartilhamento inclui tanto a equipe de referência, os próprios serviços de saúde e os usuários (BRASIL, 2009).

Pressupõe-se desta forma que haja troca de saberes, incluindo os usuários e sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, fomentando a transversalidade e a grupalidade que

sustente produções compartilhadas e coletivas em saúde (BRASIL, 2010b).

2.2.1.3 Ampliação do “objeto de trabalho”

Entende-se como a ampliação do “objeto de trabalho”, a percepção dos profissionais da saúde sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, ou seja, a atenção à saúde deve ser integral. A definição do problema de saúde é construída de maneira mais ampla que a doença, por meio de uma organização de causas e consequências das situações que interferem na saúde do sujeito singular, também na programação de ações e na avaliação de seu impacto (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A doença não ocupa todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida das pessoas, mas ela continua a ser quem é. Não deve ser reduzida a condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo. É também histórico, pois as demandas mudam no tempo, com valores e desejos que são construídos socialmente (CAMPOS, 2001).

Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de trabalho (que é o sujeito) e de intervenção da Clínica. A doença é um objeto de conhecimento e de intervenção, e pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de trabalho e da prática clínica (CAMPOS, 2005).

Atenção integral também é entendida como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Machado et al. (2007) relataram que a integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis de se intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica considera a pessoa em sua singularidade, complexidade, integralidade, inserção sociocultural e busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer o seu viver saudável. Tem como um dos seus fundamentos, efetivar a integralidade em vários aspectos, como: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma

interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007).

Campos (2006) descreveu que a grande possibilidade de mudança na linha de ampliação do “objeto de trabalho” em saúde se refere à inclusão da autonomia como outro objetivo do trabalho clínico e coletivo.

Coelho (2008) considera a construção de autonomia como um dos principais objetivos do trabalho em saúde, de forma que se possa cuidar melhor de si e também dos outros. Autonomia aqui deve ser entendida como a capacidade da pessoa e da coletividade em lidar com suas dependências, ou seja, a autonomia é a capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com desejo, interesse e valores de outros sujeitos (CAMPOS, 2006).

A inclusão da autonomia se dá para que os sujeitos ampliem suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios desígnios, com a condição de não causar dano ou malefício a outrem ou à sociedade (SANTOS et al., 2006).

A capacidade de compreender e de intervir sobre a vida é um aprendizado social, e depende de esforço sistemático e planejado. Depende também da existência de condições que possibilitem a livre reflexão, o debate e a participação da maioria na tomada de decisões. O exercício da autonomia tem, portanto, condicionantes internos ao sujeito, mas também depende da organização social, da existência ou não de uma organização democrática da sociedade, que assegure grau importante de liberdade pessoal, de liberdade de opinião, de reunião e de associação (CAMPOS, 2006).

2.2.1.4 A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho

Na clínica ampliada os instrumentos de trabalhos se modificam intensamente. Há necessidade de organização da gestão que privilegie a comunicação transversal na equipe e entre as equipes, ainda são necessárias principalmente as técnicas relacionais, que seria a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com os problemas sociais e subjetivos dos sujeitos, da família e da comunidade (BRASIL, 2009).

Cunha e Dantas (2008) relataram que a ampliação da clínica depende de alguns aspectos, entre os quais deve haver:

- 1) Sensibilidade do profissional da saúde para buscar constantemente uma percepção de si mesmo, estando imerso em diversas forças e afetos, nos encontros da clínica (em permanente mudança);
- 2) Disposição para buscar articular satisfatoriamente para cada situação singular, saberes e tecnologias diferentes;
- 3) Disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos levando em conta as variáveis necessárias em cada momento;
- 4) Capacidade para lidar com a relativa incerteza (e eventual tristeza) que os desafios do trabalho em saúde podem trazer.

Para Cunha e Dantas (2008) existe uma ilusão na área da saúde de que um determinado conhecimento pode dar conta de todas as possibilidades na prática clínica, resultando em intenso investimento em protocolos, programas e estudos baseados em evidência. Ao mesmo tempo, verifica-se também um sentimento de decepção e angústia diante das incertezas da clínica e da complexidade do adoecer. O que significa dizer que todas as formas de padronização podem ser úteis para o trabalho na clínica, mas deve ser reconhecida como relativa, pois é insuficiente para a ampliação da clínica.

A clínica, na atenção básica, apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais ou protocolos, como o Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Respiratórias Crônicas, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). No entanto, a clínica também se caracteriza pela extrema variedade de casos com sujeitos concretos. Nesse sentido, é imprescindível organizar um processo de trabalho que combine as condutas diagnósticas e terapêuticas sugeridas nos manuais ou protocolos com a necessidade e a possibilidade de adaptação desses guias às inevitáveis variações presentes em cada sujeito singular (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A utilização de técnicas de semiologia da doença e de avaliação do risco continua a ser tarefas essenciais do profissional da saúde. A inovação da clínica ampliada estaria em combinar estes procedimentos e metodologias com a escuta à demanda dos sujeitos, permitindo assim ampliar o diagnóstico, além da avaliação objetiva. Realiza-se, de modo compartilhado com o usuário, uma avaliação de vulnerabilidade, que inclui além do risco biológico, o risco decorrente de comportamentos subjetivos, culturais e socioeconômicos (CAMPOS, 2006).

A convivência destas metodologias, e sua utilização simultânea, modificam a semiologia tradicional, uma vez que o profissional passará a valorizar e a registrar sintomas subjetivos, como: conflitos, objetos de desejo, resistências e dificuldades do usuário, rede de relações,

capacidade de autocuidado e de formação de compromisso com outros (CAMPOS, 2006).

Outra ampliação dos meios de trabalho que Campos (2006) descreveu é usar o poder terapêutico da palavra e do diálogo. Pode-se, como método de trabalho, utilizar os espaços coletivos existentes nos serviços de saúde, buscando produzir uma relação dialógica em que terapêutica ou prevenção resultem de um contrato entre profissionais e usuários. Ou enquanto se realiza o trabalho cotidiano nas enfermarias, atendimento individual ou em grupos e atenção domiciliar, utilizar o diálogo para ampliar a capacidade de compreensão dos sujeitos sobre si mesmo e seu contexto.

É também necessária a formação de vínculo entre o profissional da saúde com o usuário em um processo de co-responsabilização pela saúde do mesmo, em todo o processo da busca pela saúde, e não apenas no momento da doença (COELHO, 2008).

A aproximação entre usuário e profissional de saúde promove um encontro, sendo estes seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde o usuário está buscando assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que gera uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2010b).

2.2.1.5. Suporte para os profissionais de saúde

A clínica ampliada reconhece a necessidade de dar suporte aos profissionais da saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades e com os diversos tipos de situação, uma vez que as dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, no próprio processo de trabalho, com problemas como: baixa grupalidade na equipe, alta conflitividade e dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho (BRASIL, 2009).

Busca-se uma compreensão mais ampliada da saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o profissional, que pode adoecer por diversos fatores, tais como: a inexistência dos espaços coletivos de compartilhamento com outros profissionais, trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, os locais de trabalho,

as localidades em que se situam os serviços, o valor atribuído ao profissional por parte da população e do governo (BRASIL, 2010b).

Propõe-se promover a saúde nos locais de trabalho aprimorando a capacidade de compreensão e análise do trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos, através de uma gestão coletiva das situações de trabalho (BRASIL, 2010b).

Contrário ao que se costuma pensar há grande complexidade no trabalho da atenção primária à saúde, pois se faz necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, como também encarar riscos subjetivos e sociais, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas na construção de ações que incidam sobre estas três diferentes dimensões (CAMPOS et al., 2008).

2.3 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

As políticas de saúde no Brasil sofreram constantes mudanças desde o início do século XX, seguindo as transformações econômicas, sociais, culturais e políticas do país. Hoje, segue-se o modelo plural que inclui como sistema público, o SUS, aprovado na Constituição Federal Brasileira em 1988, estabelecendo no art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2005b, p.17). Através da formulação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90) foram estabelecidos no país os seguintes princípios doutrinários: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade no atendimento, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (BRASIL, 2006).

No intuito de organizar as ações e serviços na busca destes princípios, foi proposto organizar o sistema de saúde a partir da atenção básica, por meio das UBSs, devendo atender de forma eficiente, eficaz e efetiva às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2000).

Surge em 1991 experiências pioneiras como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) adotada pelo Ministério da Saúde, com trabalhos de pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. O PACS foi criado, baseado em uma estratégia que agrega ideias de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde (RIBEIRO, 2004).

Em 1994 iniciou-se um processo de ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde estabeleceu as bases para a implantação e

funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF) configurando-se como processo de reforma do SUS, recebendo a tarefa de organizar a assistência voltada às comunidades menos favorecidas no âmbito do sistema público de saúde no Brasil. A sua organização foi orientada segundo diretrizes pré-definidas, as quais irão nortear a forma de funcionamento das UBS e a prática das equipes (BRASIL, 2005b).

Em 1997 o PSF passa a ser definido como uma estratégia. Atualmente a Estratégia da Saúde da Família vem sendo implantada em substituição ao modelo tradicional para a atenção básica, como reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (RIBEIRO, 2004).

Este modelo vem sendo aprimorado e estendido a todo o país, proporcionando, em um território definido, um conjunto de ações de saúde e de atenção integral e contínua à saúde dos sujeitos e da comunidade, com ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2007).

A organização da ESF orienta-se com base em princípios norteadores que irão, por sua vez, nortear a forma de funcionamento das UBSs e a prática das equipes de referência, incluindo a normatização segundo áreas de intervenção e linhas estratégicas de ação. São os seguintes princípios norteadores (BRASIL, 2005b):

- 1) Caráter substitutivo: Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, a promoção da qualidade de vida da população e a resolubilidade da assistência.
- 2) Integralidade e Intersetorialidade: a UBS está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o contato preferencial da população com o sistema de saúde. Espera-se que o resultado do trabalho da equipe, com seus saberes e práticas, possa identificar e responder às necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual. As UBSs devem, ainda, estar vinculadas à rede de serviços, de modo que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para os demais níveis de complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- 3) Territorialização: o trabalho organiza-se localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população. A equipe implantada nessa lógica trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita, realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas. No espaço

de atuação das equipes de referência, a definição de micro-áreas para o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias permite identificar as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação, oferecendo, desta maneira, uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.

4) Equipe multiprofissional: as equipes estão minimamente compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de dezembro de 2000, com a criação do incentivo financeiro para inserção de uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família, observou-se um crescimento progressivo desses profissionais trabalhando na ESF. Outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, poderão ser incorporados formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A UBS pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração populacional existente no território sob sua responsabilidade.

5) Responsabilização e vínculo: as equipes assumem como sua responsabilidade contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isto devem desenvolver esforços para oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, favorecendo a construção de redes cooperativas e da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

6) Estímulo à participação da comunidade e ao controle social: A gestão local deve favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na ESF. A equipe, por sua vez, deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

Andrade, Barreto e Bezerra (2008) descreveram que a ESF compromete-se com a integralidade da assistência à saúde, com foco na unidade familiar e é consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. Ainda, o impacto da ESF na saúde vai depender da sua capacidade de integração com outras redes de atenção à saúde, como a ambulatorial especializada, a hospitalar e os serviços de urgência e emergência.

Starfield (2002) define quatro atributos, os quais, na sua concepção, devem determinar a organização da atenção básica. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a

atenção básica nos serviços de saúde ou fazem parte do processo da atenção neste âmbito. São eles:

1) Primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

2) Continuidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de referência da atenção básica.

3) Integralidade: as UBS devem fazer arranjos para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de atenção básica ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

4) Coordenação: significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado as UBSs, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço.

As práticas de saúde no âmbito da atenção básica devem abranger todas as etapas referidas ao processo saúde-doença e às áreas de intervenção, tais como (BRASIL, 2005b):

1) Promoção da Saúde: Os pré-requisitos para saúde vão além da simples prevenção de doenças, ou de estilo de vida próprio, incluindo aspectos como “paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça e equidade social”. Busca-se a construção de uma capacidade para analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive.

2) Prevenção de doenças e agravos: enfoca na redução dos fatores de risco para pessoas e grupos sociais, contando para tal com os conhecimentos e metodologias acumuladas pela saúde coletiva em suas diversas áreas e ações programáticas. São enfatizadas ações de prevenção primária através da promoção de saúde (evitar o aparecimento da doença na população geral, intervindo nos fatores de risco), e proteção específica (evitar o aparecimento da doença em grupos sub-clínicos ou grupos de risco). Estas incluem as ações previstas na área de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

3) Assistência e Tratamento (prevenção secundária): se dirigem ao reconhecimento precoce da doença, a adoção de medidas de tratamento

individual, familiar e comunitário integrais em conformidade com o nível de atenção e o desenvolvimento atual da tecnologia em saúde.

4) Reabilitação da saúde (prevenção terciária): tem por propósito restabelecer a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada como consequência do processo de adoecimento. No contexto da ESF, as ações de reabilitação requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares para o alcance de melhores resultados nessa dimensão do cuidado, assim como acesso a serviços especializados de reabilitação quando necessário.

Refletindo sobre a gestão e organização da atenção à saúde, Carvalho e Cunha (2008) referiram que um dos principais empecilhos do SUS tem sido o insuficiente enfrentamento da mudança do processo de trabalho, capaz de superar o modelo de caráter exclusivamente centrado na doença, pois esses autores consideram essencial para a efetivação do SUS a alteração do modo como os profissionais da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos sujeitos e da coletividade representados pela doença. Somente assim, eles acreditam que seria possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde dos brasileiros.

2.4 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Não se pode definir um único conceito absoluto e universal da avaliação, pois ela permite uma grande diversidade de abordagens e modalidades classificatórias, tendo em vista que o interesse da avaliação varia de acordo com o momento, com o objetivo, com a procedência dos avaliadores e com o programa que é objeto da avaliação (KANTORSKI et al., 2009).

Contudo, Contandriopoulos (2006) definiu que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Existem distintas fases do processo evolutivo da avaliação conhecidas como gerações. A primeira geração caracteriza-se pela exclusiva preocupação de medir o que se avalia. A segunda geração surge pela necessidade de ampliar a primeira, somando-se uma descrição mais abrangente de outros fatores que pudessem responder aos objetivos da proposta avaliativa. A terceira geração vai além da abordagem descritiva, incluindo o julgamento como um dos elementos principais. A quarta geração permite no seu processo todos os atores interessados na proposta avaliativa, contribuindo para a inclusão de

diferentes perspectivas no processo de avaliar, caracterizando-se como negociação (TANAKA; MELO, 2004).

Este estudo foi orientado pela quarta geração que permite um processo mais participativo de avaliadores e sujeitos envolvidos. Reporta-se à avaliação de quarta geração como responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos atores interessados servem como foco organizacional. Os parâmetros e os limites são determinados por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve os atores interessados, como as organizações, os grupos ou sujeitos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo (KANTORSKI et al., 2009).

A avaliação em saúde foi criada desde que organismos internacionais começaram a intervir no financiamento da saúde. Procurou-se encontrar meios para que a destinação dos recursos fosse a mais eficiente possível. Após muitos métodos de avaliação desenvolvidos antes por economistas surge uma avaliação mais profissionalizada, numa perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos mais metodológicos, porém a visão da avaliação era da racionalização econômica, assim enfatizando o uso e o desenvolvimento de métodos de avaliação fundamentalmente quantitativos (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A partir da proposição do SUS, os alcances e os limites das políticas de saúde têm alimentado nas últimas duas décadas, inúmeras discussões, críticas e reflexões sobre a situação de saúde no Brasil, os argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes nas UBSs até a reflexão crítica sobre as práticas clínicas desenvolvidas no contexto destas UBS (ALVES, 2005). Suscitando a avaliação como componente da gestão em saúde, com o propósito de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo esta subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas clínicas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a).

Atualmente, uma das maiores demandas provindas do governo se remete a melhoria dos serviços e dos programas de saúde. Essas pressões e demandas pela melhoria dos serviços se originam dos mais diversos atores sociais. Administradores, tomadores de decisão, políticos, profissionais do serviço, organizações não governamentais, associações dos doentes e usuários do SUS criticam os programas existentes, ainda que haja muita discrepância quanto às medidas

concretas a utilizar. Para alguns se trata de oferecer mais ou menos recursos, para outros de investir com padrões internacionais, de avaliar de forma mais ativa a assistência prestada à população, enquanto que para outros, o assunto se centra na melhoria da qualidade da atenção (MERCADO et al., 2004).

O principal objetivo da avaliação das políticas públicas do SUS é dar mais qualidade aos programas e serviços de saúde, promovendo a construção de processos de avaliação mais coerentes com os princípios do SUS e, abrangentes em suas várias dimensões (da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico) (BRASIL, 2005b).

As avaliações de programas e serviços de saúde têm como foco de análise os processos complexos da organização das práticas. São considerados programas, as propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, assim como a implantação de formas de atenção à saúde de populações específicas, podendo envolver instituições, serviços e profissionais diversos (NOVAES, 2000).

Atualmente, parece ainda mais importante a necessidade da institucionalização da avaliação de programas e serviços de saúde. As crescentes expectativas sobre os resultados das intervenções frente aos novos conhecimentos e tecnologias empregados, de um lado, e a necessidade de controlar os gastos públicos, do outro, gera certa tensão nos gestores e profissionais da saúde frente às propostas de reformulação constante do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

É possível identificar nas avaliações de programas e serviços de saúde, a pesquisa avaliativa e a avaliação para a tomada de decisão. É necessário distinguir características e diferenças entre a avaliação tradicional e a pesquisa avaliativa. A primeira, destina-se a verificar os resultados das ações em saúde, ou seja, os objetos e as objetividades produzidas nas ações desenvolvidas no campo da saúde que tem forte componente gerencial e baseia-se em padrões e normas preestabelecidos. A segunda caracteriza-se pela existência de pontos de contato e de distanciamento, tendo a preocupação de imprimir rigor em seus procedimentos, para superar a simples opinião ou convicção como fonte das conclusões, e gerar conhecimentos e busca de subsídios para a solução de problemas práticos (BOSI; UCHIMURA, 2006; FURTADO, 2009).

A pesquisa avaliativa é a mais desenvolvida, quando se tem o objetivo de conhecer o impacto de um programa, medindo-se os resultados observados sobre condições específicas de uma população, a

partir de um procedimento científico, predominando, portanto, as metodologias quantitativas (NOVAES, 2000).

As avaliações de programas e serviços de saúde que se utilizam apenas de análises quantitativas parecem não demonstrar em sua totalidade, como as políticas vêm respondendo, ou não, às necessidades da população, fazendo-se necessárias a inclusão de análises qualitativas, pois estas permitem compreender melhor as perspectivas dos diferentes atores sociais envolvidos no sistema (CAMPOS, 2003).

É a partir desta premissa que este estudo será desenvolvido, porque a adoção da pesquisa avaliativa é muito útil para avaliar a dinâmica dos programas e serviços de saúde, e a abordagem qualitativa vai permitir avaliar a dimensão subjetiva que expressam as singularidades do sujeito e seu contexto através das vivências das pessoas, incluindo suas emoções, sentimentos, crenças, emoções e percepções dos sujeitos que participam desta dinâmica (MERCADO; BOSI, 2006; TANAKA; MELO, 2004; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Os estudos avaliativos voltados à dimensão qualitativa se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. Estes estudos são adequados para a análise do sucesso prático, ou seja, à análise da efetividade de uma ação em saúde, pois consideram as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Avaliar a dimensão subjetiva através da abordagem qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e as expressões numéricas, pois essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas clínicas em saúde desenvolvidas nos programas e serviços de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Denzin e Lincoln (2008) descreveram a pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível, a partir do estudo de fenômenos e relações em seu meio natural, aferindo um sentido a partir dos significados que as pessoas atribuem a eles.

Na década de 90, houve uma crescente participação das metodologias de natureza qualitativa, tanto da sua fundamentação teórica, quanto das aplicações práticas. Então, a avaliação de programas e serviços de saúde vem deixando de ser considerado um processo exclusivamente técnico, de medição e quantitativo (DESLANDES, 1997; NOVAES, 2000).

Mercado et al. (2006) relataram que a avaliação qualitativa de programas e serviços de saúde é emergente, entendendo que é um enfoque que se distancia dos modelos de avaliação tradicional ou

hegemônico. Descreve que este modelo de avaliação vem se ampliando na área da saúde. Essa afirmação se deu após uma revisão em onze bases de dados de estudos publicados entre 1990 e 2005 na América Latina e foi encontrada meia centena de avaliações emergentes, porém a maioria dos estudos era de revisão teórica, sendo poucos os estudos baseados na experiência e na observação.

Do ponto de vista metodológico e operacional da avaliação qualitativa, Donabedian na década de 80, classificou os indicadores utilizados para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde em três grandes grupos: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se às características dos recursos utilizados no sistema de saúde, que podem ser resumidos em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam os procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos usuários do sistema de saúde; e os de resultados incluem o estudo de saúde do usuário e da população resultante da intervenção com o serviço de saúde (SANTOS-FILHO, 2007).

Os indicadores de resultados são tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos, medidas de qualidade de vida em geral, avaliação da satisfação dos usuários, mudanças de comportamentos das pessoas e outras situações similares. Os resultados também podem ser avaliados segundo os níveis de eficiência, eficácia e efetividade. Além desses indicadores de resultado, no conceito de qualidade de programas e serviços de saúde, encontram-se eixos que são intensamente avaliados no âmbito da PNH, que são a equidade, o acesso, a adequação, a aceitação, e a qualidade técnico-científica, que visa à organização dos programas e serviços de saúde.

Com relação ao acesso, este é referido por Andersen e Newman (2005) como o meio pelo qual as pessoas entram nos serviços de saúde para tratamento e continuam o processo. Está relacionado à organização do sistema de saúde e caracteriza a oferta dos serviços de saúde, sendo importante para explicar o padrão de uso dos mesmos.

Esses autores desenvolveram o modelo comportamental em 1968, com o objetivo de avaliar e compreender o porquê das famílias utilizarem os serviços de saúde; para definir e medir o acesso equitativo aos cuidados de saúde; e para auxiliar no desenvolvimento de políticas que promovam o acesso equitativo (ANDERSEN, 1995).

O modelo comportamental de Andersen sofreu constantes atualizações, o que permitiu o seu aperfeiçoamento ao longo dos anos. Passou por quatro fases de revisão, a primeira na década de 60 considerou para o uso dos serviços de saúde a influência de fatores de

predisposição ou predisponentes, dos fatores de capacitação ou capacitantes e da necessidade em saúde. A segunda fase do modelo originou-se na década de 70 e caracterizou-se pela inclusão do sistema de saúde, como as políticas em saúde, recursos financeiros e aspectos organizacionais, como mais um determinante do uso de serviços de saúde. Na terceira fase do modelo, criada nas décadas de 80 e 90, foram introduzidos os desfechos em saúde, os quais seriam uma maneira de avaliar o próprio uso dos serviços. Foi incluído como desfechos em saúde o estado de saúde percebido pela pessoa e o avaliado por profissionais. Na quarta fase Andersen enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, incluindo as múltiplas influências dos determinantes no uso e, conseqüentemente, nos desfechos em saúde (PAVÃO; COELI, 2008).

De acordo com esse Modelo, o uso dos serviços de saúde é resultado da interação de vários fatores, entre eles: os predisponentes, os capacitantes e as necessidades de saúde. Os fatores predisponentes existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde. São consideradas as características demográficas, as sociais e as crenças em saúde. Dentre as características demográficas, o sexo e a idade representa a ordem biológica que sugere maior predisposição para o uso de serviços de serviços de saúde. Dentre as características sociais estão o nível de escolaridade, a ocupação atual e a etnicidade. As crenças em saúde são atitudes, valores e conhecimentos das pessoas sobre saúde e serviços de saúde que podem influenciar as suas subseqüentes percepções de necessidade e uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Os fatores capacitantes representam os recursos disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde. São exemplos de recursos específicos para a pessoa e para a sua família, o rendimento financeiro e a cobertura do seguro de saúde; disponibilidade de uma fonte regular de cuidado, tempo de traslado ao serviço de saúde; e tempo de espera. São também atribuídos aqui os recursos da comunidade (domicílio na área rural ou urbana, disponibilidade de pessoal de saúde e facilidades) (PAVÃO; COELI, 2008).

As necessidades de saúde representam as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas pelos profissionais da saúde. As necessidades percebidas auxiliam-nos a compreender melhor a procura de cuidado e a aderência ao regime de tratamento. As necessidades avaliadas ou diagnosticadas estão mais relacionadas ao

tipo e quantidade de cuidado que será fornecido após o usuário se ter apresentado ao serviço de saúde (PAVÃO; COELI, 2008).

Na proposta do modelo comportamental de Andersen, o conceito de acesso é multidimensional, composto pelo acesso potencial e acesso realizado. O acesso potencial caracteriza-se pela própria situação de presença dos fatores capacitantes, e o acesso realizado representa o uso de fato dos serviços de saúde, e é influenciado pelos fatores predisponentes e as necessidades de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ainda, neste Modelo, é importante destacar, que os fatores que explicam o uso dos serviços de saúde são de natureza dinâmica, principalmente, os relacionados ao sistema e a organização dos serviços de saúde, pois alguns fatores predisponentes como a idade, o gênero e a etnia não são modificáveis a ponto de alterar o sistema. Essa natureza dinâmica é importante, para fins de mudanças no sistema de saúde, ou seja, formulações de políticas, mudanças governamentais ou institucionais, podem alterar o acesso e o uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Andersen (1995) sugeriu que quando existem barreiras nos fatores predisponentes, os motivos estão relacionados a impedimentos sociais, culturais e comportamentais no uso dos serviços. As dificuldades no uso dos serviços de saúde por causa dos fatores capacitantes indicam a existência de barreiras econômicas, geográficas ou a escassez na oferta de serviços.

Destaca-se também que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção básica, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa. Esta escolha foi sustentada na compreensão de que a abordagem qualitativa estuda fenômenos e relações em seu meio natural, aferindo um sentido a partir dos significados que as pessoas atribuem a eles, ou seja, analisa o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas (DESLANDES; GOMES, 2004).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas UBSs de um município da Região Sul do Brasil. Este município possuía no momento da coleta de dados 15 UBSs, sete policlínicas e 33 equipes de saúde da família (ESF) (BRASIL, 2011).

Foram escolhidas duas destas UBSs de forma intencional, pela facilidade de acesso aos prontuários e profissionais da saúde para a realização deste estudo, pois trabalhavam em parceria com uma universidade do município.

As duas UBSs foram ativadas há aproximadamente seis anos. Realizavam atendimentos nos turnos da manhã e a tarde. Atendiam famílias adscritas que eram marcadas pela pobreza, desigualdade econômica e disparidade social. Localizavam-se em bairros populares cuja renda média mensal era inferior a cinco salários mínimos e ambas possuíam acesso pelo sistema de transporte público.

Foram denominadas em unidade A e B para facilitar a descrição. A UBS A se localizava a oito quilômetros do centro da cidade. Apresentava estrutura de atendimento com serviço de prontuário, de farmácia, de sala de pronto atendimento, com suporte de oxigênio e inaloterapia, sete salas para atendimento ambulatorial, sala para esterilização de materiais, farmácia e serviço de prontuário de paciente. Era cenário de prática de estágio para os cursos de enfermagem, fisioterapia e odontologia da universidade parceira do município. Os serviços de apoio da UBS eram: uma equipe da ESF, serviço de atenção ao paciente com tuberculose, serviço de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. Na equipe da ESF trabalhava um médico de saúde da família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. No período do estudo, estavam cadastradas nessa equipe da ESF aproximadamente 1.072 famílias (BRASIL, 2011).

A UBS B se localizava a quatro quilômetros do centro da cidade. Utilizava uma das estruturas da universidade parceira do município, apresentando 68 salas para atendimento ambulatorial, sala para esterilização de materiais, farmácia e serviço de prontuário de paciente. A maior parte desta estrutura era utilizada para outras atividades de ensino, sendo uma pequena parte utilizada pela UBS. Era cenário de prática para os cursos de medicina, nutrição e fonoaudiologia. Os serviços de apoio da UBS eram: três equipes da ESF, serviço de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, e serviço de atenção ao paciente com tuberculose. Somente uma equipe da ESF, foi incluída neste estudo e era formada por um médico de saúde da família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. No período do estudo, estavam cadastradas para essa equipe da ESF aproximadamente 2.643 famílias (BRASIL, 2011).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram selecionados dois grupos de participantes, um de usuários das UBSs, especificamente pessoas com DPOC e o outro de profissionais da saúde que trabalhavam nas equipes da ESF das UBSs.

Utilizou-se amostragem teórica, portanto, a seleção foi conduzida a partir do processo concomitante de coleta e análise dos dados.

O contato inicial com as pessoas com DPOC aconteceu de várias maneiras: por meio da revisão dos prontuários no qual foi verificado nas anotações médicas e de enfermagem o diagnóstico da doença, a sintomatologia, os fatores de risco e o uso de medicação; indicações dos profissionais da saúde que trabalhavam nas UBSs; por indicações dos próprios participantes da pesquisa, ou seja, um participante relatava sobre uma pessoa conhecida com o mesmo problema de saúde. Doze pessoas com DPOC foram selecionadas pelos prontuários; oito foram indicadas pelos profissionais da saúde que se recordaram de atendimentos realizados a pessoas com doenças pulmonares; e quatro foram indicadas pelos próprios participantes que conheciam pessoas com o mesmo problema pulmonar e frequentavam a mesma UBS.

O primeiro contato, com as 24 pessoas com DPOC selecionadas, foi realizado por telefone ou no próprio domicílio com aquelas que não tinham telefone registrados nos prontuários. Este primeiro contato teve a intenção de explicar sobre a pesquisa e realizar o convite para a participação. Após o aceite, foi agendado dia e hora para uma entrevista.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com diagnóstico de DPOC, avaliado pela sintomatologia referida pelas pessoas e exame de

espirometria; pessoas de qualquer gênero ou gravidade da doença; e adultos. A avaliação da sintomatologia e da espirometria foi realizada no momento da entrevista, na qual o participante foi questionado sobre a existência de tosse persistente com ou sem presença de catarro e sintoma de dispneia. Também foram solicitados os resultados do último exame de espirometria realizado e verificaram-se os valores do teste conforme os critérios espirométricos para estadiamento da doença (leve= $VEF1/CVF < 0,7$ e $VEF1 > 80\%$ do previsto; moderado= $VEF1/CVF < 0,7$ e $50\% < VEF1 < 80\%$ do previsto; grave= $VEF1/CVF < 0,7$ e $30\% < VEF1 < 50\%$ do previsto; e muito grave= $VEF1/CVF < 0,7$ e $VEF1 < 30\%$ do previsto OU $VEF1 < 50\%$ do previsto associado à insuficiência respiratória crônica), segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2013).

Cinco pessoas nunca tinham realizado o exame e foram encaminhados ao setor responsável da universidade parceira do município, na qual puderam realizar o exame de espirometria gratuitamente. Três destas, que foram encaminhadas, apresentaram o exame de espirometria dentro dos padrões de normalidade, portanto, foram excluídas da pesquisa. Assim participaram do estudo 21 pessoas com DPOC.

Com relação aos profissionais de saúde, esses foram incluídos num segundo momento do estudo, quando percebemos que havia uma lacuna em nossos dados, uma vez que estava sendo considerado apenas um dos atores do processo e as pessoas com DPOC, frequentemente, faziam referência a esses profissionais. Foram convidados dez profissionais da saúde, dos quais, cinco eram da UBS A, entre eles uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde e cinco profissionais da UBS B, entre eles um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Assim, não houve critérios para a seleção dos profissionais médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, uma vez que eram apenas um em cada equipe e quanto aos agentes comunitários de saúde, foram convidados aqueles que tivessem disponibilidade para participar do estudo no momento das entrevistas.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual. Foram utilizados dois roteiros semi-estruturados, um para as pessoas com DPOC e outro para os profissionais da saúde, elaborados pelos pesquisadores.

As entrevistas com as pessoas com DPOC iniciavam com questões como: Me conte sua história, desde que descobriu a doença pulmonar. Após esta questão, outras foram realizadas, para explorar melhor a experiência das pessoas com a DPOC e tratamento, tais como: O que a Sr (a) sente? O que a Sr (a) consegue fazer? O Sr (a) recebe ajuda de alguém? O Sr (a) recebe visitas ou sai de casa? O Sr (a) percebeu mudanças na vida após a doença de saúde? O que faz para tratar a doença pulmonar? Como é a rotina de tratamento? Como foram os atendimentos recebidos na atenção básica? Como faz para adquirir medicamentos? Como faz para realizar exames (Apêndice 1)?

Utilizou-se um questionário sociodemográfico para obter informações sobre as pessoas com DPOC, tais como: sexo; idade; raça; nível educacional; estado civil; ocupação atual; renda familiar; tabagismo (anos de tabagismo, quantidade de tabagismo e tempo de cessação); história prévia de outra doença pulmonar; doenças associadas, medicamentos para a doença pulmonar e uso de oxigênio (Apêndice 2).

O roteiro para os profissionais da saúde foi constituído por questões referentes à rotina de trabalho, atendimento as pessoas com DPOC, relação destas com as UBSs, e os problemas que enfrentavam nas UBSs (Apêndice 3).

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2011, foi realizada no domicílio das pessoas com DPOC, e na UBS com os profissionais da saúde.

As entrevistas foram realizadas em uma ocasião com a maioria das pessoas, porém, com algumas pessoas com DPOC foi necessário um retorno ao domicílio para complementação ou esclarecimento de algum aspecto. A realização da entrevista no domicílio foi para que elas pudessem ficar a vontade para expressar suas experiências e para que o pesquisador conhecesse a realidade sociocultural e ambiental dessas pessoas. A realização da entrevista nas UBSs com os profissionais da saúde foi pela facilidade de acesso e o tempo restrito que esses profissionais tinham para participar do estudo.

As entrevistas com as pessoas com DPOC tiveram uma duração média de uma hora e com os profissionais da saúde tiveram uma duração média de quarenta minutos.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital, com autorização prévia dos participantes da pesquisa. Logo após a realização da mesma, as entrevistas foram transcritas pelo próprio pesquisador, tal como as pessoas falavam, em um editor de texto. Posteriormente as entrevistas

foram revisadas pelos pesquisadores e importadas para o *software Ethnograph 6.0* para organizar os dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado a análise qualitativa de conteúdo, que é definida por Hsieh e Shannon (2005) como um método de pesquisa para a interpretação subjetiva do conteúdo do texto através do processo de classificação sistemática de codificação e identificação de temas ou categorias.

Há duas formas mais conhecida de análise do conteúdo: abordagem direcionada e abordagem convencional. A abordagem direcionada é guiada por um processo mais estruturado, utilizando uma teoria existente ou pesquisas anteriores, na qual os pesquisadores começam por identificar os principais conceitos ou variáveis como categorias iniciais de codificação. Em seguida, as definições operacionais para cada categoria são determinadas através da teoria (HSIEH; SHANNON, 2005).

Análise de conteúdo convencional é geralmente usada com um estudo desenhado para aqueles cujo objetivo é descrever um fenômeno. Este tipo de análise é geralmente apropriado quando a teoria ou literatura de pesquisa sobre o fenômeno é limitado. Neste caso, os pesquisadores evitam o uso de categorias pré-concebidas, permitindo que categorias e subcategorias surjam a partir dos dados (HSIEH; SHANNON, 2005).

Inicialmente foi utilizada a análise de conteúdo convencional, explorando os conteúdos das entrevistas. Esse processo de análise foi orientado pela questão de pesquisa: Qual a compreensão de usuários e profissionais da saúde sobre a atenção a saúde da pessoa com DPOC na perspectiva da clínica ampliada? Identificamos três diferentes temas: a experiência de viver com DPOC, as barreiras na atenção à saúde de pessoas com DPOC e a humanização na atenção à saúde. Posteriormente cada um desses temas foi novamente explorado nos dados, utilizando a análise de conteúdo convencional e direcionada segundo Hsieh e Shannon (2005).

O primeiro tema sobre a experiência de viver com DPOC gerou o manuscrito denominado “A tristeza de viver com a sensação de falta de ar: experiências de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica”. Este manuscrito não teve uma orientação teórica específica, apenas explorou a experiência de viver com a doença pulmonar obstrutiva crônica, cujo processo de análise foi a convencional, a fim de encontrar

as principais categorias a partir dos dados das entrevistas. A análise foi iniciada com a leitura de todos os dados das entrevistas várias vezes, para alcançar a imersão e obter um sentido do todo. Em seguida, os dados foram lidos linha por linha e codificados, destacando o conteúdo das falas. Os códigos foram organizados e reunidos por semelhança, levando a construção de três categorias: a perda ou limitação nas atividades; a dependência de medicamentos, de serviços de saúde e de outras pessoas; e a perda do convívio social.

O segundo tema sobre as barreiras na atenção à saúde de pessoas com DPOC gerou o manuscrito denominado “As barreiras para o uso dos serviços da atenção básica: perspectiva das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica”. Este manuscrito foi elaborado em estágio doutoral, realizado na Universidad de Guadalajara, México, no período de janeiro a julho de 2012, com bolsa de estudo para doutorado sanduíche da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O manuscrito foi desenvolvido durante o Curso-Taller: *Redacción del manuscrito con datos cualitativos*, ministrado pela Dra. Leticia Robles Silva, e co-orientado pelo Dr. Francisco Javier Mercado Martinez em seu Programa de *Investigación y Evaluación Cualitativa en Salud*.

O processo de análise desse manuscrito foi o de conteúdo direcionada, com a orientação teórica do modelo comportamental de Andersen, utilizado neste estudo, por ser considerado o mais importante e mais frequentemente citado nas pesquisas de acesso aos serviços de saúde. O modelo considera três determinantes para o acesso a saúde: fatores predisponentes, fatores capacitantes, e necessidades em saúde.

Como fatores predisponentes foram considerados neste estudo os seguintes dados: idade, ocupação atual e número de residentes no domicílio. Os fatores capacitantes considerados para o estudo foram a renda familiar mensal; a rotina de consultas; a categoria de atendimento como setor público do SUS, o plano de saúde ou consulta particular; a distância e a disponibilidade de serviços de saúde. Os fatores relativos às necessidades foram avaliados pela sintomatologia referida; a presença de doenças associadas; a presença de fatores de risco para a DPOC; e ter recebido o diagnóstico médico. O processo de análise incluiu a codificação linha por linha identificando os fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde. Uma vez separados os códigos pré-determinados, se procedeu uma análise subsequente com o objetivo de identificar subcategorias que especificassem a barreira dentro de cada determinante.

O terceiro tema sobre humanização na atenção à saúde gerou o manuscrito “Avaliação qualitativa da atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica considerando a clínica ampliada”, cujo processo de análise foi de conteúdo direcionado, utilizando como orientação teórica os eixos da clínica ampliada, propostos pelo Ministério da Saúde. A análise neste estudo foi influenciada pelas leituras que os pesquisadores elegeram segundo os eixos da clínica ampliada, tendo como suporte empírico o que foi considerado o mais relevante nos eixos da clínica ampliada, para retratar as perspectivas dos usuários e profissionais da saúde sobre a atenção à saúde da pessoa com DPOC, e também trouxe aquilo que os pesquisadores consideraram importante destacar a partir da vivência social partilhada dentro desse modelo de cuidado.

As categorias foram pré-selecionadas, pelos eixos da clínica ampliada, que foram: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais da saúde.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o n.º. 2006/11, em 27 de junho de 2011 (ANEXO 1). Atendendo ao que está proposto na Resolução do CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Considerando os aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos, foram levados em conta os seguintes aspectos para a implementação da pesquisa, contemplando as determinações da Resolução:

- 1) Autorização e consentimento dos sujeitos para o registro, utilização e divulgação das informações obtidas no estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4).
- 2) Explicação dos objetivos, metodologia e cronograma aos sujeitos.
- 3) Explicação acerca das contribuições do estudo e da sua relevância social.
- 4) Garantia de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos sujeitos.
- 5) Respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos.
- 6) Garantia da possibilidade de afastamento voluntário e espontâneo dos sujeitos.

7) Garantia do anonimato dos sujeitos e do município onde a pesquisa foi realizada.

A fim de preservar o anonimato e a confidencialidade, as falas dos participantes foram identificadas no texto por nomes fictícios.

4. RESULTADOS

Como caracterização dos participantes deste estudo, os resultados da espirometria mostraram que a maioria das pessoas com DPOC avaliadas estavam nos estágios mais avançados da doença, sete pessoas tinham a doença no estágio muito grave, seis pessoas no grave e oito pessoas no moderado, com média de VEF1(%) de $26,8 \pm 3,63$, $41,91 \pm 5,35$ e $67,61 \pm 7,74$, respectivamente.

Com relação aos dados sociodemográficos, a idade variou entre 41 e 81 anos, com idade média de 60 anos, sendo 13 pessoas do sexo feminino e oito do sexo masculino; e todas eram brancas.

Para o nível de escolaridade, três pessoas eram analfabetas, 16 não completaram o ensino fundamental, e duas completaram o ensino superior.

Com relação ao estado civil 14 pessoas estavam casadas, duas divorciadas, uma solteira e quatro viúvas.

A maioria das pessoas com DPOC estavam aposentadas (17), duas ainda trabalhavam e duas relataram que sempre trabalharam em casa e que continuavam sendo do lar.

A renda familiar variou de 1 a 6 salários mínimos, com doze pessoas recebendo entre um salário a três salários mínimos e nove pessoas recebendo entre quatro a seis salários mínimos.

Com relação ao tabagismo, quatro pessoas nunca haviam fumado; sete continuavam fumando e 12 eram ex-tabagistas. Das quatro pessoas que desenvolveram a DPOC sem o tabagismo, três tinham bronquite desde a infância e uma desenvolveu por complicações de pneumonia. O tempo médio de tabagismo foi de 39 anos/maço e dois maços por dia. O tempo de cessação do tabagismo variou entre três e 33 anos.

Apenas três pessoas com DPOC entrevistadas relataram ter somente doença pulmonar, as demais relataram apresentar uma ou mais doenças associadas, como: hipertensão arterial sistêmica (13), doença vascular (7), doença arterial coronariana (4), depressão (4), artrose (2), acidente vascular encefálico (2) e diabetes mellitus (2).

Com relação aos medicamentos utilizados, duas pessoas só utilizavam nebulização com soro fisiológico e broncodilatadores, onze pessoas utilizavam fumarato de formoterol diidratado e budesonida com inalador, cinco pessoas utilizam fumarato de formoterol diidratado e budesonida com inalador e prednisona em comprimido, duas pessoas utilizavam salbutamol xarope, e uma pessoa utiliza beclometasona dipropionato spray, como tratamento contínuo.

As duas pessoas que utilizavam oxigênio domiciliar na forma de cilindro de gás e com catéter nasal tipo óculos, o recebiam do município e o tempo em horas utilizado era mais que 12 horas diárias, principalmente durante o sono e atividades que geram mais esforço físico como o banho e caminhar.

A seguir, estão apresentados os resultados do estudo no formato de três manuscritos, que serão colocados na formatação de cada periódico escolhido para publicação, após a submissão da banca.

O manuscrito 1: “A tristeza de viver com a sensação de falta de ar: experiências de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica”, explorou as experiências de viver com a DPOC. Foi utilizada a análise de conteúdo convencional, emergindo três categorias no estudo: a perda ou a limitação nas atividades; a dependência de medicamentos, os serviços de saúde e outras pessoas; e a perda do convívio social.

O manuscrito 2: “As barreiras para o uso dos serviços da atenção básica: perspectiva das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica”, identificou as barreiras para o uso da atenção básica a partir da perspectiva das pessoas com DPOC, considerando os fatores predisponentes, os fatores capacitantes, e a necessidade em saúde propostas pelo modelo comportamental de Andersen.

O manuscrito 3: “Avaliação qualitativa da atenção à saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica considerando a clínica ampliada”, avaliou qualitativamente a atenção à saúde da pessoa com DPOC, na perspectiva dos usuários e profissionais da saúde e considerando os cinco eixos da clínica ampliada: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais da saúde propostos pelas políticas de saúde do Ministério da Saúde.

4. 1 MANUSCRITO 1: A TRISTEZA DE VIVER COM A SENSACÃO DE FALTA DE AR: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

RESUMO: O objetivo foi explorar as experiências de viver com a doença pulmonar obstrutiva crônica. A abordagem do estudo foi qualitativa. Realizado com 21 pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, frequentadoras de duas Unidades Básicas de Saúde de um município da Região Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada no domicílio das pessoas, através de uma entrevista semi-estruturada. Foi utilizada análise de conteúdo convencional para identificar as principais categorias. Como resultados, identificamos que a maioria dos participantes apresentavam a doença no estágio grave ou muito grave da doença. Em decorrência, a dispneia foi a causadora dos diversos problemas relatados pelas pessoas. Deste fato, emergiram três categorias no estudo: a perda ou a limitação nas atividades; a dependência de medicamentos, de serviços de saúde e de outras pessoas; e a perda do convívio social. A maioria relatou sentimentos de tristeza pelas limitações e perdas que a doença impôs pela dispneia: perda do trabalho e das relações sociais, limitações para realizar atividades da vida diária, até mesmo de alguns cuidados pessoais. Estratégias de enfrentamento para lidar com as limitações foram criadas para permitir levar a vida o mais normal possível. A participação da família foi o principal recurso utilizado ao apoiarem na realização das atividades cotidianas e assumindo, muitas vezes, todas as funções no domicílio e fora dele.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Dispneia. Pesquisa qualitativa. Avaliação em saúde. Doença crônica.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem causado grande impacto na sociedade brasileira principalmente no âmbito social e econômico, em função da perda de produtividade, incapacidade e aumento nos custos de saúde. Trata-se de uma doença crônica não-transmissível que representa uma carga de morbidade substancial, tanto para a pessoa como para a sociedade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008). No mundo inteiro, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, 210 milhões de pessoas sofrem desta doença e morrem prematuramente devido às suas complicações, principalmente em países de baixa e média renda,

correspondendo a 90% das mortes por DPOC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil, segundo os dados epidemiológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças do aparelho respiratório ocupam a décima posição em morbidade e a décima primeira em mortalidade. Na Região Sul, onde foi realizado este estudo, os dados são alarmantes, as doenças do aparelho respiratório ocupam a sétima posição em morbidade e a sexta em mortalidade. Esta Região apresenta as piores estatísticas quando comparado com as outras regiões do país (BRASIL, 2008).

A sintomatologia da DPOC, principalmente a dispneia, afeta a vida das pessoas de várias formas diferentes, impondo limitações físicas significativas na vida cotidiana das pessoas podendo levar ao isolamento social. Para essas pessoas, há uma oscilação em seus sentimentos, ora a vida é percebida como significativa e ora, como sem sentido (EK; TERNESTEDT, 2008).

A dispneia é a experiência subjetiva, desagradável, de falta de ar. É um sintoma cardinal da DPOC e sua gravidade e magnitude aumentam com a progressão da doença, levando a uma incapacidade significativa (MARCINIUK et al., 2011). É a razão pela qual as pessoas procuram os serviços de saúde e a maior causa das limitações impostas pela doença, também da ansiedade, tristeza e depressão associada com a doença (GOLD, 2013).

A DPOC é caracterizada pela limitação crônica do fluxo aéreo e uma série de mudanças patológicas no pulmão, como: doença das pequenas vias aéreas (bronquiolite obstrutiva), destruição do parênquima (enfisema), processos inflamatórios que levam a destruição do parênquima pulmonar e perda de ligação alveolar e como consequência diminuição da retração elástica pulmonar. Essas mudanças patológicas progressivamente aprisionam ar durante a expiração, resultando em hiperinflação dos pulmões. Ela reduz a capacidade inspiratória e aumenta a capacidade residual funcional, particularmente durante o esforço físico, e isso resulta em dispneia e limitação na capacidade de exercício físico (GOLD, 2013).

As mudanças impostas pela DPOC são desafiadoras, pois ameaçam o estilo de vida das pessoas. A dispneia invade quase todos os aspectos da vida das pessoas com DPOC, e elas têm que identificar métodos cada vez mais eficazes para resolver a vida com a sensação de falta de ar (FRASER; KEE; MINICK, 2006).

Apesar de ainda reduzidos, há um número crescente de estudos qualitativos, a maioria de âmbito internacional, explorando a experiência de viver com DPOC na perspectiva da própria pessoa, porém, ainda há

muito a aprender com a experiência dessas pessoas de forma a auxiliar os serviços de saúde e os profissionais no cuidado em saúde, a fim de melhorar a autogestão da doença. Os estudos existentes nessa linha têm se concentrado na experiência de viver com dispneia, demonstrando o quanto é complexa essa experiência (CHEN et al., 2008; COONEY et al., 2013; EK; TERNESTEDT, 2008; FRASER; KEE; MINICK, 2006; GIACOMINI et al., 2012; GULLICK; STANTON, 2008).

Dentre estes estudos, o de Pinto, Vieira e Nations (2008) descreve as experiências das pessoas com DPOC que vivem numa região pobre do nordeste brasileiro e conclui que a doença torna a vida “um sufoco”, com limitações e privações de atividades laborais, sexuais, domésticas, familiares e de lazer. Na Região Sul onde se concentra o maior número de consumidores de tabaco do país (BRASIL, 2012), principal fator de risco para a DPOC, sabe-se pouco sobre essas experiências.

A relevância dessa doença na população brasileira e mais especificamente na Região Sul do Brasil, aliada ao número reduzido de estudos acerca do viver com DPOC, motivou o desenvolvimento do presente estudo que teve como objetivo: conhecer as experiências de viver com DPOC de pessoas atendidas em serviços da atenção básica de um município da Região Sul do Brasil.

MÉTODO

Pesquisa com abordagem qualitativa, cujos dados foram obtidos no período de julho a dezembro de 2011, em um município da Região Sul do Brasil. Esses dados foram coletados em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendiam famílias adscritas que eram marcadas pela pobreza, desigualdade econômica e disparidade social. Além disso, foram escolhidas pela facilidade de abertura à pesquisa, pois trabalhavam em parceria com uma universidade do município.

Os participantes foram escolhidos a partir da análise de informações nos prontuários, indicação dos profissionais de saúde e dos próprios participantes. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de DPOC confirmado pelo exame de espirometria; qualquer grau de evolução da doença pulmonar; ambos os sexos; e adulto. Doze pessoas foram selecionadas pelos prontuários; oito foram indicadas pelos profissionais das UBSs que se recordaram de atendimentos realizados a pessoas com doenças pulmonares; e quatro foram indicadas pelos próprios participantes que conheciam pessoas com o mesmo problema pulmonar e frequentavam a mesma UBS.

O primeiro contato com as 24 pessoas selecionadas, foi realizado por telefone ou no próprio domicílio com aquelas que não tinham telefone. Este primeiro contato teve a intenção de explicar sobre a pesquisa e realizar o convite para a participação. Após o aceite, foi agendado dia e hora para entrevista. Antes da entrevista foi verificado se as pessoas tinham os resultados do último exame de espirometria realizado. Cinco pessoas nunca tinham realizado o exame e foram encaminhados ao setor responsável da universidade parceira do município, na qual puderam realizar o exame de espirometria. Três destas que foram encaminhadas apresentaram o exame de espirometria dentro dos padrões de normalidade, segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2013), portanto, foram excluídas da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no dia e hora agendados, e no domicílio dessas pessoas. Utilizou-se um questionário para se obter informações sobre: sexo, data de nascimento, ocupação atual, renda familiar, tabagismo, tempo da doença e uso de medicamentos. As demais informações sobre a experiência de viver com DPOC foram obtidas por meio de uma entrevista com a pergunta inicial: Me conta sua história, desde que descobriu a doença pulmonar. Após esta questão, outras foram realizadas, para explorar melhor a experiência das pessoas, tais como: O que a Sr (a) sente? O que a Sr (a) consegue fazer? O Sr (a) recebe ajuda de alguém? O Sr (a) recebe visitas ou sai de casa? O Sr (a) percebeu mudanças na vida após a doença de saúde? O que faz para tratar a doença pulmonar?

As entrevistas foram realizadas em uma ocasião com a maioria das pessoas, porém, com algumas foi necessário um retorno para complementação ou esclarecimento de algum aspecto da entrevista. A realização da entrevista no domicílio foi para que elas pudessem ficar a vontade e expressarem suas experiências; e ainda para que o pesquisador conhecesse a realidade sócio-cultural e ambiental dessas pessoas. A durabilidade média das entrevistas foi de uma hora, conduzida pelo pesquisador.

As entrevistas foram gravadas em audio digital, com autorização prévia dos participantes da pesquisa. Logo após a realização da entrevista, esta foi transcrita pelo próprio pesquisador, tal qual as pessoas falaram, em um editor de texto. Posteriormente as entrevistas foram revisadas e importadas para o *software Ethnograph 6.0* para organizar os dados.

Foi utilizada a análise de conteúdo convencional (HSIEH; SHANNON, 2005) para encontrar as principais categorias a partir dos

dados das entrevistas. A análise foi iniciada com a leitura de todos os dados das entrevistas várias vezes, para alcançar a imersão e obter um sentido do todo. Em seguida, os dados foram lidos linha por linha e codificados, destacando o conteúdo das falas. Os códigos foram organizados e reunidos por semelhança, levando a construção de três categorias: a perda ou limitação nas atividades; a dependência de medicamentos, de serviços de saúde e de outras pessoas; e a perda do convívio social. Para relatar os resultados, foram utilizados nomes fictícios a fim de preservar o anonimato dos participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº. 2006/11. A autorização para a participação na pesquisa foi obtida por meio da assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 21 participantes incluídos na pesquisa, 13 eram do sexo feminino. A idade variou entre 41 e 81 anos. Quinze deles estavam aposentados, sendo que seis declararam que foi por causa da doença. Três continuavam a trabalhar e três nunca trabalharam. Seis possuíam renda familiar de até dois salários mínimos, dez possuíam renda familiar entre dois a cinco salários, e cinco rendas entre cinco a dez salários mínimos. Sete deles tinham a DPOC no estágio muito grave, seis no grave, cinco no moderado e três no leve.

Na experiência de viver com a DPOC, a dispneia foi a causadora dos diversos problemas relatados pelas pessoas. Viver com a dispneia acarretou diferentes modificações na vida das pessoas, e tinha um profundo efeito sobre a vida das pessoas na perspectiva física, psicológica e social, todos relatados como algo negativo, como pode ser observado nas três categorias temáticas apresentadas a seguir:

Perda ou limitações nas atividades.

As pessoas com DPOC, participantes desta pesquisa, experienciaram ao longo do desenvolvimento da doença pulmonar: restrições em atividades da vida diária e cuidados pessoais, e restrições nas atividades laborais, levando alguns a aposentadoria por invalidez. Essas restrições requereram adaptações na vida das pessoas lhes trazendo sentimentos de tristeza, ansiedade e depressão. Vale destacar que a maioria dos integrantes do estudo tinha DPOC em estágio avançado, na qual a dispneia era uma constante para eles.

Fanny, de 64 anos, casada e aposentada, se recordava de quando conseguia caminhar longas distâncias normalmente, sem sentir dispneia e que após a evolução da doença, apresentava restrição para a mesma atividade, o que a deixava triste e ansiosa:

Essa doença incomoda, me deixa triste. Por exemplo, se for para eu ir lá na praia agora, não consigo mais ir a pé e eu andava essa praia toda, eu caminhava tudo por aqui, ia e voltava, não tinha nada. Depois que me deu isso, aí acabou, eu não consigo mais. Agora eu tenho que caminhar devagarinho, quando eu chego estou cansada, tem que sentar para descansar para depois poder conversar. É muito triste viver com essa doença.
(Fanny)

A presença constante da dispneia restringiu as atividades da vida diária, impedindo-as de realizarem mesmo as tarefas mais simples como lavar ou passar a roupa, varrer a casa, limpar o jardim, tirar o pó, fazer comida e lavar a louça. Olga, de 69 anos, viúva, aposentada, que trabalhou muitos anos com limpeza doméstica, lamentou essas restrições:

Não posso mais esfregar uma roupa, se eu vou varrer a casa sou obrigada a sentar duas a três vezes para descansar. Subir uma escada me cansa. Se vou capinar o mato no jardim, capino um pouquinho e sou obrigada a parar porque cansa muito. Dá uma fraqueza, acho que é porque não posso respirar bem. (Olga)

As pessoas com a doença em estágio mais avançado, tinham restrições mesmo na realização de alguns cuidados pessoais, como tomar banho, fazer a barba, pentear os cabelos, utilizar perfumes, vestir-se e até mesmo alimentar-se. Isso lhes trazia uma sensação de incapacidade avançada, levando a dependência de outras pessoas, como será tratado na segunda categoria.

Algumas pessoas com DPOC, relataram que a doença obrigou-as a pararem de trabalhar, porque a dispneia dificultava as atividades laborais que exigiam mais esforço físico, tais como a pesca, o trabalho de limpeza doméstica e o trabalho pesado no comércio. A lamentação foi em decorrência da ruptura precoce com o trabalho que lhes trazia

bem estar, passando a sentir-se inúteis perante a sociedade, como também promovendo a instabilidade financeira nas despesas da família. Neste sentido, a aposentadoria por invalidez ocasionava ansiedade.

A perda das atividades laborais na vida cotidiana, interrompia a rotina das pessoas, modificava os planos de vida e algumas pessoas com DPOC relataram perderem o sentido da vida. Adolfo, de 41 anos, casado, aposentado por invalidez, trabalhava como zelador e o fato de não poder trabalhar o deixava muito triste, como relatou:

Eu acho que essa doença é a pior coisa que existe, porque se eu não tivesse esse problema todo, a essas horas eu estaria trabalhando (fala emocionado com lágrimas nos olhos). E eu gostava do que eu fazia. Trabalhava como zelador, e eu amava. Para mim é a coisa pior que existe. Essa falta de ar que eu sinto, você querer respirar e não conseguir. (Adolfo)

Essas perdas levaram as pessoas a fazerem adaptações em seu cotidiano, diminuindo o ritmo de realização das atividades, passando a fazer de forma lenta e com pausas para descanso. Uma adaptação bastante relatada por essas pessoas, foi na realização de cuidados pessoais, como o banho, momento que exigia maior esforço físico, como ao se abaixar para lavar os pés, ou esfregar os cabelos com os braços erguidos, por isso realizavam esta atividade sentados, ou necessitavam de ajuda de outra pessoa para fazer por eles. Além dessas adaptações na hora do banho, para esta mesma atividade outras foram relatadas, como tomar banho pela manhã, logo após acordar, aproveitando o momento do corpo descansado. Ou o oposto, tomando banho antes de dormir, pois sabendo que esta atividade é cansativa para eles, após o banho iam direto para a cama descansar e dormir. Outro cuidado que mantinham era deixar preparado para uso a “bombinha” com broncodilatadores ou o torpedo de oxigênio, como foi relatado por Ramiro, de 68 anos, casado e aposentado:

Eu não posso andar muito, fico com falta de ar, a minha respiração normalmente é ofegante. Então, tenho que andar bem devagar. Para tomar banho é o pior trabalho. A maioria da vezes a minha mulher ajuda, não consigo sozinho, é muito movimento que tenho que fazer e tem que se

abaixar para lavar os pés. Daí eu coloco um banquinho para tomar banho sentado. (Ramiro)

O momento do sono também foi uma ocasião em que as pessoas com DPOC faziam adaptações para poderem dormir. Dentre estas, estavam o dormir sentado em uma cadeira, dormir com vários travesseiros para ficar o mais inclinado possível ou dormir de lado para diminuir a dispneia. Adolfo, relatou sobre isso:

Toda vez que estou dormindo de madrugada, três ou quatro horas da manhã sou obrigado a levantar quase que imediatamente, senão eu engasgo com a própria saliva. Então só deito de lado, porque quando eu durmo de barriga para cima, me dá falta de ar, e posso me engasgar com a saliva. (Adolfo)

Com a progressão da doença e piora da dispneia, as pessoas com DPOC deixavam de realizar algumas atividades, como sair de casa, fazer compras, ir ao banco e à igreja. Passavam a viver a maior parte do tempo no domicílio, saindo somente para o que consideravam como estritamente necessário, como as consultas médicas. Isso piorava ainda mais os sentimentos de tristeza e depressão, pois sentiam-se presas e incapacitadas. Iara, de 69 anos, casada, aposentada por invalidez, sempre foi muito ativa nas atividades do lar e no trabalho como lavadeira de roupa, recordou em como tinha disposição para fazer suas atividades e sentia tristeza em não poder mais sair de casa, como expôs:

Eu andava por aí, corria o centro todo, não tinha ninguém nem que me acompanhasse, de tanto que eu andava rápido, e hoje eu não consigo nem sair de dentro de casa, por falta de ar. Eu faço meu serviço quando eu posso, quando eu não posso eu deixo, mas andar lá fora eu não consigo. (Iara)

Dependência de medicamentos, serviços de saúde e outras pessoas.

As modificações impostas pela doença na vida das pessoas com DPOC também envolvia a dependência de outras pessoas, tanto para ajudar nas atividades cotidianas como para assumir tarefas que antes eram de responsabilidade delas. Geralmente, quem ajudava eram os familiares ou os vizinhos. Os cônjuge ou os filhos ajudavam nos cuidados pessoais como o banho e em atividades como zelar a casa,

fazer compras, pagar contas, buscar medicamentos e resultados de exames. Os papéis exercidos pelo homem e pela mulher no âmbito familiar, acabavam se invertendo ou um deles assumindo toda a responsabilidade pela casa. Foi bastante relatado que quando o homem ficava doente a mulher assumia o papel dos dois. Edgar, de 68 anos, casado, aposentado por invalidez, trabalhava como motorista e ficava muito tempo longe de casa, expôs que sua esposa assumiu os dois papéis:

Agora está tudo na mão da esposa, ela que vai pagar as contas, serviço que era para eu fazer agora ela faz. Ela faz o serviço da mulher e do homem, faz serviço de servente, faz pintura, faz tudo [...] e minha preocupação é da minha esposa morrer e eu ficar sozinho [...] Porque se eu morrer antes dela, ela fica ajudando a cuidar dos netos. E eu o que posso fazer? Eu não faço mais nada (fala emocionado com lágrimas nos olhos). (Edgar)

Às vezes, a dependência de outras pessoas era tão intensa pelo risco de sentirem piora da dispneia ou de não terem suporte medicamentoso à sua disposição no momento de uma agudização de sua condição, que sentiam medo de ficarem sozinhos em seu domicílio, necessitando sempre de outras pessoas em sua companhia para ajudar num possível momento de “crise”. Olavo, de 59 anos, casado, foi pedreiro e estava aposentado por invalidez, permanecia em seu domicílio sozinho durante o dia quando sua esposa ia para o trabalho e relatou que sua dispneia aumentava pelo medo de ficar sozinho em casa:

Acho que ficar aqui sozinho, ficar mal aqui sozinho, tenho fobia, quando estou sozinho fico pior [...] A mulher briga comigo, porque ela trabalha a semana toda e não consigo sair com ela, e se ela vai sozinha eu fico agoniado de ficar sozinho em casa, porque passo a semana toda sozinho. (Olavo)

As pessoas com DPOC dependiam dos medicamentos para tudo e em todo momento, pois a dispneia acompanhava-os diariamente, uma hora sendo mais branda e outra sendo mais intensa. Seja em esforços físicos mais leves ou mais pesados, de manhã ou de noite, no verão ou no inverno a dispneia estava sempre presente. Aprendiam a usar e tornavam-se dependentes de vários tipos de medicamentos para o

pulmão, principalmente dos broncodilatadores. Olga relatou sua rotina de medicamentos e o quanto considerava triste a doença:

Não tem doença mais triste, quando é dor você toma um remédio e passa, isso não tem remédio que cure. Quando dá crise é terrível, vem aquela falta de ar. Eu tenho uma bombinha que coloca o comprimido e puxa um pó, tenho que fazer todos os dias, duas vezes ao dia. Eu faço contínuo. (Olga)

Existia também a dependência de serviços de saúde, principalmente os emergenciais. As pessoas com a doença em estágio mais avançado, relataram uma ou mais internação hospitalar em decorrência da agudização da DPOC. Algumas pessoas na agudização procuravam antes a UBS, na qual recebiam suporte medicamentoso e oxigênio, e quando não havia alívio dos sintomas eram encaminhados para o hospital. Salma, de 70 anos, viúva e aposentada, trabalhou com limpeza doméstica, estava em estágio muito grave da doença e expôs sua experiência com os serviços de saúde:

Quando ataca mesmo a bombinha não adianta. Aí tem que ir para o posto fazer inalação e tomar remédio. E quando ataca mais é ruim, porque eu tenho que ir para o hospital. A última vez, fui para o hospital e fiquei uma semana internada, depois fiquei quatro dias em casa e retornei para o hospital. Mas daí, fiquei cheia de tubo, fiquei muito fraca. (Salma)

Neste caso o medo também aparecia, pois a experiência da internação hospitalar trazia para essas pessoas más recordações e o medo da próxima internação.

Perda do convívio social.

As perdas, limitações e dependência, a medida que a doença avançava, ia consumindo a vida social das pessoas com DPOC. O isolamento parecia ser inevitável, uma vez que, a dispneia piorava e as pessoas não conseguiam nem mesmo sair do domicílio.

Por sentir dispneia, as pessoas com DPOC não conseguiam acompanhar o mesmo ritmo nas atividades com outras pessoas que não apresentavam limitações, por isso não saíam do domicílio para fazer atividades de lazer, como passear no shopping, ir ao parque, dançar, como também atividades do cotidiano, como ir ao banco e ao

supermercado. A vergonha que sentiam por não conseguirem acompanhar o mesmo ritmo de outras pessoas fazia com que elas decidissem permanecer isoladas em seu domicílio, recusando convites de familiares e amigos para sair de casa.

As atividades cotidianas eram repassadas para outras pessoas, geralmente familiares, como foi dito anteriormente. Para os cuidados pessoais, que é o mais íntimo da pessoa, necessitam de auxílio de outra pessoa. Tudo passa a colaborar para o isolamento e esquecimento da pessoa com DPOC.

Outro agravante foi a perda da atividade laboral, cujos espaços de atuação favorecem o convívio social, fazer amigos, marcar encontros afetivos e comemorativos. Com a ausência desta atividade e do ambiente que proporcionaria tal convívio social, por sua vez este se torna comprometido ou até mesmo nulo.

As pessoas com DPOC sentiam-se incapacitadas para tudo, faziam comparações constantes com seu estado físico antes da doença. Realçavam mais os aspectos negativos de sua vida atual, por isso, a autoimagem e a autoestima iam sendo comprometidas ao longo do processo dessas modificações.

Helga, de 81 anos, viúva e aposentada, foi advogada e vivia sozinha em seu domicílio, relatou com tristeza no rosto, as limitações que a doença impôs e o isolamento forçado:

Quando era jovem tinha uma saúde perfeita, era magrinha, mais ágil. Antes eu tinha vida normal, não tinha dificuldade para nada, dirigia, depois tive que vender o carro. Agora tenho essa falta de ar constante. Fico mais quietinha também, porque me dá muito cansaço. Então, o que mudou na minha vida foi não poder mais sair de casa [...] Ando um pouquinho triste, tenho medo de estar deprimida. Não me sinto mais como antigamente, hoje não me sinto mais feliz.
(Helga)

Com o isolamento, a autoimagem e autoestima prejudicadas, progressivamente a relação social dessas pessoas vai sendo desvalorizada, por dois motivos, um pela própria pessoa que se sente incapaz e se isola do mundo, ou seja, não procuram os familiares e amigos. O outro motivo é o esquecimento pelos familiares e amigos, pois as pessoas com DPOC deixavam de frequentar ambientes sociais e festividades familiares, e como não são vistas não eram lembradas.

Cassio, de 56 anos, casado, aposentado por invalidez, relatou que sua vida social era restrita, pois mal podia sair do seu domicílio pela dispneia que sentia e que seus amigos esqueceram dele:

Minha vida social diminuiu bastante, porque é aquele negócio, quando se tem saúde você tem muitos amigos e daí quando você para de visitá-los, vai indo e eles acabam esquecendo da gente. Hoje são bem raros, dois ou três amigos que vem me visitar. (Cassio)

DISCUSSÃO

As narrativas dos participantes confirmaram os achados de outros pesquisadores com relação aos prejuízos de cunho físico, psicológico e social que a DPOC traz as pessoas acometidas por esta condição crônica (AMERICAN THORACIC SOCIETY; EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY, 2006; CAMELIER et al., 2006; KERKOSKI; BORENSTEIN; RIES, et al, 2007; SILVA, 2010; SILVA, et al. 2005). A dispneia foi o maior “vilão” nessa história, foi ela que causou tristeza, ansiedade, depressão, e medo pelo fato das pessoas com DPOC ficarem limitadas em atividades da vida diária e laborais, cuidados pessoais, somado a dependência de outras pessoas, de medicamentos e de serviços de saúde, e a perda do convívio social.

Para as pessoas com DPOC avançada, a dispneia afeta profundamente a qualidade de vida na medida em que as pessoas se tornam isoladas, muitas vezes, elas se descrevem como "existente" em vez de "vivo", expressando as marcantes mudanças que a doença traz em suas vidas (MARCINIUK et al., 2011).

A diminuição ou restrição completa das atividades físicas foi uma realidade para a maioria dos integrantes do estudo. As pessoas não aventaram a possibilidade de manter essas atividades, vendo a limitação ou perda como único caminho. No entanto, a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2013) destaca que o desconhecimento sobre a doença, leva as pessoas a reduzirem as atividades que envolvem esforço físico por causa da dispneia. Isso acarreta, eventualmente, no descondicionamento e enfraquecimento dos músculos esqueléticos e incapacidade funcional. Esta falta de condicionamento contribui para a perda de confiança generalizada, que resulta no medo de sair do domicílio. A inatividade agrava o problema e

a pessoa entra em um círculo vicioso que resulta em aumento da incapacidade, dependência e piora da qualidade de vida (PITTA, 2006).

Em contrapartida, as pessoas mais informadas, geralmente reflexo da qualidade da atenção realizada pelo serviço de saúde, tem uma chance maior de saberem o que fazer e como evitar sobrecargas da doença. O foco está em fazer o possível para manter as atividades físicas, com o objetivo de conservar a energia e ser ativo, em oposição a não ser ativo para evitar a dispneia ou a piora desta. Em geral, a acessibilidade, a flexibilidade dos serviços de saúde e a capacidade de resposta dos profissionais favorecem a construção de uma convivência mais positiva com a DPOC (COONEY et al., 2013).

A dispneia também foi identificada como o sintoma mais incômodo levando ao pânico, à ansiedade e ao medo, no estudo de Barnett (2005). Os participantes deste estudo relataram ainda sentirem-se frustrados e cansados por causa da dispneia, o que os levou à perda de atividade social e de seu papel dentro da família. Semelhante aos resultados do nosso estudo, com a progressão da doença as pessoas relataram cada vez mais sentirem dispneia afetando as atividades de vida diária, tendo que pedir ajuda para a família, adaptar as atividades e somar pausas para descanso.

A dispneia foi relatada como um “verdadeiro perigo” no estudo de Pinto, Vieira e Nations (2008). O perigo se encontra na dispneia virar uma “crise”, gerando pânico, desespero e medo nas pessoas com DPOC. Assim como o que encontramos em nosso estudo, todos os participantes daquele estudo experienciaram alterações progressivas em suas vidas depois do diagnóstico, uma ruptura e/ou restrição de atividades cotidianas, inibição na vida íntima e sexual, dependência no oxigênio e no cuidador e, uma desmoralização da própria reputação e autoestima.

Viver com DPOC é uma batalha constante, tem que lutar para tentar viver uma vida normal, apesar de ter a doença, foi o que disseram os participantes do estudo de Cooney et al. (2013). Assim como em nosso estudo, o impacto da doença sobre a vida dessas pessoas fez com que as mesmas experimentassem limitações nas atividades, principalmente nas domésticas. Estas tarefas tornaram-se verdadeiras operações militares exigindo um planejamento estratégico para execução. Outras não era mais possível realizar, como as caminhadas. A batalha englobou mais do que lutar para terminar as atividades, a dispneia afetou também as relações sociais e trouxe consigo uma fadiga da batalha, deprimindo e isolando aquelas pessoas.

Em nosso estudo, a expressão das pessoas que participaram foi de tristeza, ansiedade e medo. No entanto, mesmo sem terem registrado em

seus prontuários o diagnóstico de depressão, algumas faziam uso de medicações antidepressivas ou ansiolíticas. De acordo com Marciniuk et al. (2011), a ansiedade, o pânico e a depressão são transtornos psicológicos comuns em pessoas com DPOC. A dispneia é um sintoma que evoca fortes reações emocionais de tristeza, medo, angústia, ansiedade e pânico. O estado afetivo pode modular limiares sensoriais respiratórios e, portanto, aumentam a percepção de dispneia. A presença da ansiedade e depressão se correlaciona com uma deficiência na qualidade de vida, e no funcionamento físico e social das pessoas com DPOC (MARCINIUK et al., 2011).

O estudo de Jennings et al. (2009) destaca que estes transtornos psicológicos associado à DPOC, aumentam a quantidade de agudizações da doença, acarretando em maior procura aos serviços de saúde, aumentam o risco de hospitalização, com maior número de readmissões hospitalares, longo período de estada hospitalar e incremento da morbidade e mortalidade por DPOC.

O risco de depressão é maior em pessoas com DPOC grave, com intensa dispneia, dependentes de oxigênio, e que tenham experimentado recentemente uma exacerbação aguda da DPOC. O impacto da ansiedade e da depressão nas pessoas com DPOC, nas suas famílias e na sociedade é significativo, pois as pessoas deprimidas com a doença crônica são geralmente mais doentes do que sem doença crônica e tem uma menor adesão ao tratamento, além dos custos médicos serem significativamente maiores para pessoas com doença crônica e grave (MAURER et al., 2008).

Em uma revisão sistemática da literatura sobre a experiência de viver e morrer com DPOC, Giacomini et al. (2012) descreveram que as pessoas experenciam a dispneia continuamente em suas vidas, alternando dias bons e dias ruins. Um padrão de “montanha-russa” de altos e baixos se torna aparente, e a DPOC torna-se um modo de vida. Somando-se a isso estão as dificuldades econômicas, as comorbidades, a analfabetização, a falta de educação em saúde que podem tornar ainda mais difícil o viver com a doença.

O isolamento social é um problema também identificado em outros estudos (GIACOMINI et al., 2012; FRASER; KEE; MINICK, 2006; TERNSTEDT, 2008). A crescente vulnerabilidade e retrocessos imprevisíveis da doença tornam as pessoas dependentes de outras para o cuidado, e as limitações funcionais e auto-consciência podem levar ao isolamento. O agravante é que muitos dos fatores que isolam as pessoas com DPOC do contato social, também isolam dos próprios cuidados em

saúde, como por exemplo, a realização de exames ou a ida às consultas (GIACOMINI et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados revelaram informações valiosas sobre o impacto da DPOC na vida diária das pessoas, a partir de suas experiências. Os depoimentos obtidos junto aos participantes, muitos dos quais tinham a doença em estágio mais grave, ilustraram os efeitos prejudiciais desta doença progressiva e debilitante, tirando o brilho da vida, pela presença constante da tristeza.

Todos os participantes pareciam ecoar pensamentos semelhantes ao descreverem os efeitos da doença em suas vidas. A maioria dos relatos giravam em torno de sentimentos de tristeza pelas limitações e perdas que a doença impôs: perda do trabalho e das relações sociais, limitações para realizar atividades da vida diária, até mesmo de alguns cuidados pessoais.

As pessoas tentaram desenvolver várias estratégias de enfrentamento para lidar com suas limitações que lhes permitissem levar a vida o mais normal possível. A participação da família foi o principal recurso utilizado na realização das atividades cotidianas e assumindo, muitas vezes, todas as funções no domicílio e fora dele. Os profissionais da saúde devem reconhecer o impacto que a doença tem na vida dessas pessoas, especialmente quando a doença já evoluiu para o estágio mais grave, pois o controle dos sintomas, especificamente o controle da dispneia, desempenha um papel importante nos aspectos físicos, psíquicos e sociais da pessoa que vive com DPOC. O desenvolvimento de um alto grau de dispneia, que requer intervenção médica e hospitalização, pode representar um fracasso dos esforços do controle ou progressão da doença.

Os resultados desse estudo evidenciaram, portanto, a necessidade de modificações na forma como a atenção à saúde vem sendo desenvolvida. Há necessidade de maior envolvimento dos profissionais na atenção a essas pessoas, especialmente em relação à educação em saúde. É importante, por exemplo, que os orientem quanto as maneiras de economizar energia nas atividades da vida diária, apresentando a importância de não parar de realizá-las para evitar entrar no ciclo vicioso da doença.

Outros estudos deverão ser realizados para avaliar mais diretamente a execução das políticas de saúde na perspectiva das

peças que são os sujeitos dessas políticas, ou seja, as pessoas com DPOC.

Este estudo teve algumas limitações que devem ser levadas em conta. Em primeiro lugar o estudo foi desenvolvido com pessoas com DPOC de apenas duas UBS do município, que se localizavam próximas ao centro da cidade, no qual se encontravam a maioria dos núcleos de saúde pública do município para realização de tratamento e aquisição de informações, além da maior facilidade de acesso físico, com ruas pavimentadas e serviços de transporte coletivo. Outro aspecto a ser considerado é que, todos os participantes tinham uma renda familiar baixa, além de viverem em bairros pobres, e não se pode presumir que suas experiências de viver com a doença podem ser extrapoladas para as pessoas com melhores condições financeiras e habitacionais.

REFERÊNCIAS

AMERICAN THORACIC SOCIETY; EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. ATS/ERS Statement on pulmonary rehabilitation. **Am J Respir Crit Care Med.** v. 173, p. 1390-413, 2006.

BARNETT, M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. **Journal of Clinical Nursing**, v. 4, n. 7, p. 805-12, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde. DATASUS.** 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 21 jan 2011

_____. Ministério da Saúde. **Estatística e informação em saúde. VIGITEL.** 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 29 abr 2013.

CAMELIER, A. et al. Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 32, n. 2, p. 114-22, 2006.

CHEN, K. H. et al. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 6, p. 595-604, 2008.

COONEY, D. et al. Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for 'controlled co-existence'. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2013.

EK, K.; TERNESTEDT, B. M. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 4, p. 470-78, 2008.

FRASER, D. D.; KEE, C. C.; MINICK, P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 5, p. 550-38, 2006.

GIACOMINI, M. et al. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. **Ontario Health Technology Assessment Series**, v. 12, n. 13, p. 1-47, 2012.

GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. Updated. Washington (EUA): National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization workshop report. 2013.

GUILICK, J.; STANTON, M. C. Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing*, v. 64, n. 6, p. 605-14, 2008.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res**, v. 15, n. 9, p. 1277-88, 2005.

JENNINGS, J. H. et al. The association between depressive symptoms and acute exacerbations of COPD. *Lung*, v. 187, n. 2, p. 128-35, 2009.

KERKOSKI, E.; BORENSTEIN, M. S.; SILVA, D. M. G. V. Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 825-32, 2010.

MARCINIUK, D. D. et al. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. **Can Respiratory Journal**, v. 18, n. 2, p. 69-78, 2011.

MAURER, J. et al. Anxiety and depression in COPD. Current understanding, unanswered questions, and research needs. **Chest**, v. 134, suppl. 4, p. 43-56, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção e controle de doenças**. Doenças respiratórias crônicas. 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 25 jan 2011.

PITTA, F et al. Potencial consequences for stable chronic obstructive pulmonary disease patients who do not get the recommended minimum daily amount of physical activity. **J Bras Pneumol**, v. 32, n. 4, p. 301-308, 2006.

PINTO, J. M. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; NATIONS, M. K. Sopro de vida: experiência com a doença pulmonar obstrutiva crônica na pobreza urbana de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2809-18, 2008.

RIES, A. L. et al. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. **Chest**, v. 131, suppl. 5, p. 4-42, 2007.

SILVA, D. M. G. V. et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 7-14, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic obstructive pulmonary disease**. Media centre. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>> Acesso em: 25 jan 2011

4.2 MANUSCRITO 2: AS BARREIRAS PARA O USO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

RESUMO: O objetivo foi identificar as barreiras para o uso dos serviços da atenção básica a partir da perspectiva das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica. Foi realizado um estudo qualitativo com 21 pessoas, em duas unidades básicas de saúde de um município da Região Sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas nos domicílios das pessoas e posterior análise do conteúdo. O modelo comportamental de Andersen foi utilizado para identificar as barreiras. Como resultado, as barreiras referentes aos fatores predisponentes foram: idade avançada, residir sozinho e estar trabalhando. Aos fatores capacitantes foram: gastos financeiros com o tratamento, dificuldade para aquisição dos medicamentos, tempo de espera, recursos financeiros limitados, distância dos serviços e falta de rotina nas consultas. E as necessidades em saúde foram: continuidade do tabagismo e não ter recebido diagnóstico médico. Os fatores capacitantes foram os que mais apresentaram barreiras demonstrando maior problemática na organização dos serviços de saúde.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Atenção primária à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Avaliação em saúde. Pesquisa qualitativa. Políticas de saúde. Doença crônica.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil, segundo os últimos dados de 2008, gera um custo anual de US\$ 1.522,00 para o governo, pois em torno de 170 mil pessoas com DPOC são admitidas em hospitais com permanência média de seis dias (BRASIL, 2010).

Este número elevado de hospitalizações é resultado da falta de tratamento continuado das pessoas com DPOC. George, Kong e Stewart (2007) descreveram que as pessoas com problemas respiratórios crônicos realizam menos tratamento quando comparados as outras doenças crônicas, principalmente em relação ao uso de medicamentos, à continuidade do tabagismo, à não participação ou abandono precoce da reabilitação pulmonar, à não realização de vacinação preventiva e falta de rotina nas consultas médicas.

Discutem-se muito na literatura nacional e internacional os resultados da reabilitação pulmonar na atenção terciária (CELLI et al, 2004; GOSELINK et al, 2011; LANGER et al., 2009; PITTA et al, 2008; PROBST et al, 2006). Porém, o olhar para a porta de entrada nos serviços de saúde, que é a atenção básica, somente na última década, vem sendo avaliada, principalmente em âmbito internacional, mesmo que em uma proporção menor de estudos. Os temas destes estudos centram-se no uso de diretrizes para tratamento da dpoC; no diagnóstico da doença; nas formas de educação em saúde; nos programas de cessação do tabagismo; e nos profissionais de saúde (FOSTER et al., 2007).

As pessoas com DPOC deveriam ser inicialmente diagnosticadas e tratadas nos serviços da atenção básica, contudo há relativamente pouca informação sobre a disponibilidade destes serviços às pessoas com DPOC. Um estudo recente, que avaliou a atenção básica às pessoas com DPOC, na Argentina, na Austrália, no Brasil, na China, em Hong Kong, no Japão, no México, na Rússia, na África do Sul, na Coreia do Sul, em Taiwan e na Turquia, demonstrou que o entendimento dos profissionais sobre a DPOC e o tratamento das pessoas com essa doença é muito abaixo do esperado ao que recomenda as diretrizes (AISANOV et al., 2012).

Contudo, está evidente que há dificuldades no tratamento da pessoa DPOC na atenção básica e na falta de continuidade do tratamento, porém na perspectiva das pessoas com DPOC pouco se conhece, pois os estudos abordam mais as perspectivas dos profissionais (JOHNSTON et al., 2011; SALINAS et al., 2011). E estudos na perspectiva das pessoas com DPOC estão mais relacionados com a qualidade de vida (WYRWICH et al., 2007).

Este estudo está centrado nas perspectivas das pessoas com DPOC, que utilizam a atenção básica para tratamento, pois a experiência das pessoas com os serviços de saúde e as informações que deles dispõem influenciam a forma como elas percebem a disponibilidade dos serviços de saúde para obterem o que necessitam (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Entrar em um sistema de saúde e continuar o processo de tratamento, é definido por Andersen (1995) como acesso. Faz parte da organização do sistema de saúde e caracteriza a ofertas dos serviços de saúde, sendo importante para explicar o padrão de uso dos serviços de saúde.

A influência do acesso no uso dos serviços de saúde pode ser avaliada e compreendida pelo modelo comportamental de Andersen. De

acordo com esse modelo, o uso dos serviços de saúde é resultado da interação de vários fatores. Os fatores predisponentes que são fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde; os fatores capacitantes que são os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde; e as necessidades de saúde que são condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas pelos profissionais de saúde (PAVÃO; COELI, 2008).

Acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de estudos, visando identificar as barreiras que dificultam o uso dos mesmos (RICKETTS; GOLDSMITH, 2005). Estudos realizados no Brasil, utilizando o Modelo do Comportamental de Andersen foram desenvolvidos com idosos avaliando o uso dos serviços de saúde dentário e descrevem que esta população apresenta uma menor frequência de consultas que os mais jovens (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008; MATOS; LIMA-COSTA, 2007). Outro estudo com idosos no qual 18,6% dos participantes referiram apresentar três ou mais doenças crônicas concomitantes, identificou barreiras para o uso da atenção básica como a gravidade da doença, a automedicação, a qualidade, distância e os custos dos serviços (LOUVISON et al., 2008).

Alguns estudos realizados com doenças crônicas como HIV/aids, tuberculose, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, mesmo que não tendo utilizado o Modelo Comportamental Comportamental de Andersen, descreveram barreiras para uso dos serviços de saúde como: as dificuldades de acesso aos medicamentos; a espera prolongada por uma consulta; o tempo prolongado de espera para exames; e a falta de tempo das pessoas para realizar o tratamento (GOMES et al., 1999; OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Considerando o modelo comportamental de Andersen, o objetivo deste estudo foi: identificar as barreiras para uso dos serviços de saúde da atenção básica a partir da perspectiva das pessoas com DPOC, em um município da Região Sul do Brasil.

MÉTODO

Foi realizado um estudo do tipo qualitativo, no ano de 2011, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da Região Sul do Brasil. Essas unidades se localizavam em bairros cuja renda média mensal da população era inferior a cinco salários mínimos. Uma se localizava a oito quilômetros do centro da cidade e a outra quatro

quilômetros e ambas possuíam acesso pelo sistema de transporte público. As duas UBSs apresentavam estrutura de atendimento com serviço de prontuário, de farmácia, e de sala de pronto atendimento com suporte de oxigênio e inaloterapia.

Utilizou-se amostragem teórica, portanto, os critérios de inclusão foram: pessoas com diagnóstico de DPOC avaliadas através da espirometria; de qualquer gênero ou gravidade da doença conforme os critérios da *Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease* (2013); e adultos.

As técnicas utilizadas para identificar as pessoas com DPOC foram: a revisão dos prontuários no qual foi verificado nas anotações médicas e de enfermagem o diagnóstico da doença, a sintomatologia, os fatores de risco e o uso de medicação; as indicações dos profissionais da saúde que trabalhavam nas UBSs, que lembravam de algumas pessoas com doença pulmonar e nos colocava em contato; por indicações de participantes da pesquisa, quando um participante relatava sobre uma pessoa conhecida com o mesmo problema de saúde.

O contato inicial com as pessoas foi por via telefônica ou diretamente no domicílio para aquelas que não tinham telefone. Neste primeiro contato foi realizado o convite para a participação no estudo, e todas as pessoas aceitaram participar neste momento. Um segundo contato foi agendado para a coleta de dados.

Como na revisão dos prontuários, o diagnóstico de DPOC estava descrito em somente três deles, foi necessário confirmar o diagnóstico a partir da avaliação da sintomatologia e da espirometria. A confirmação do diagnóstico foi realizada no segundo contato com as pessoas, pelo primeiro pesquisador do estudo, momento em que a pessoa foi questionada sobre a existência de tosse persistente e sintoma de dispneia. Também foi solicitado o resultado do último exame de espirometria realizado e verificou-se os valores do teste conforme os critérios da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2013). Este teste também foi utilizado para avaliar a gravidade da doença.

Foram identificadas 24 pessoas, doze foram selecionadas a partir da revisão dos prontuários, oito foram indicadas pelos profissionais de saúde e quatro foram indicadas por outros participantes do estudo. Cinco não haviam realizado o teste espirométrico, por isso foram convidadas a realizarem gratuitamente em um laboratório do município, porém, em três delas, o diagnóstico de DPOC não foi confirmado, porque o resultado foi considerado normal, portanto, foram excluídas da pesquisa.

Foram selecionadas para este estudo 21 pessoas com diagnóstico de DPOC confirmado.

Realizou-se entrevista semi-estruturada com um roteiro de perguntas abertas para iniciar a conversa e permitir a oportunidade das pessoas expressarem sobre como recebiam tratamento na atenção básica. As entrevistas iniciavam com questões como: O que o(a) Sr.(a) faz para tratamento da doença? Como são os atendimentos recebidos na UBS? Como é a disponibilidade da UBS para fazer tratamento? Como o(a) Sr.(a) faz para chegar a UBS? Qual a frequência de utilização da UBS? Como faz para adquirir medicamentos? Como o(a) Sr.(a) faz para realizar exames?

Também foi utilizado um questionário para se obter informações sociodemográficas das pessoas, tais como: idade, estado civil, escolaridade, ocupação atual, renda familiar mensal, número de residentes no domicílio, presença de doenças associadas, tempo de tabagismo e tempo de cessação do tabagismo.

A maioria das pessoas foi entrevistada em uma ocasião e outras foi necessário um segundo encontro para esclarecimentos de dúvidas ou complementação de informações. O primeiro pesquisador do estudo conduziu as entrevistas no domicílio das pessoas, com uma duração média de uma hora.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital, com prévia autorização das pessoas e posteriormente transcritas tal como as pessoas falavam em um editor de texto. As transcrições foram revisadas pelo primeiro pesquisador do estudo e importadas para o *software Ethnograph 6.0*, a fim de organizar os dados.

O modelo comportamental de Andersen (1995) foi utilizado para identificar as barreiras para o uso da atenção básica pelas pessoas com DPOC, considerando os três determinantes, tais como: os fatores predisponentes, os fatores capacitantes, e as necessidades em saúde.

Como fatores predisponentes foram considerados os seguintes dados: idade, ocupação atual e número de residentes no domicílio. Os fatores capacitantes considerados para este estudo foram a renda familiar mensal; rotina de consultas; categoria de atendimento como setor público do SUS, plano de saúde ou particular; distância e disponibilidade de serviços de saúde. Os fatores relativos às necessidades em saúde foram avaliados pela sintomatologia referida; presença de doenças associadas; presença de fatores de risco para a DPOC; e ter recebido diagnóstico médico.

Foi realizada uma abordagem direcionada à análise de conteúdo (HSIEH; SHANNON, 2005). O texto produto das transcrições foi lido

linha por linha e codificado em fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde conforme identificados no texto os determinantes que foram considerados para este estudo. Uma vez separados os códigos, procedeu-se uma análise subsequente com o objetivo de identificar quais determinantes em específico surgiram dentro de cada fator, sendo estes denominados como subcategorias, as quais demonstraram as barreiras para o uso da atenção básica pelas pessoas com DPOC.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o n^o. 2006/11. A autorização foi obtida através da assinatura, pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de preservar o anonimato e a confidencialidade, os depoimentos dos participantes foram identificados no texto por nomes fictícios.

RESULTADOS

Com relação as informações sociodemográficas relatadas, participaram deste estudo treze mulheres e oito homens, com idade média de 60 anos; 86% eram casados e 19% viúvos. Em relação a escolaridade 72% não terminaram o ensino fundamental, 19% eram analfabetos e nove por cento eram graduados. Noventa por cento eram aposentados ou sem renda e 10% trabalhavam. Oitenta e um por cento possuíam renda familiar de um a cinco salários mínimos. Sessenta e dois por cento dos participantes tinham a DPOC em estágio avançado, como grave ou muito grave. E 86% tinham uma ou mais doenças associadas. A hipertensão arterial sistêmica foi referida por 13 pessoas, doença vascular por sete, doença arterial coronariana e depressão por quatro, diabetes, artrose e acidente vascular encefálico por duas pessoas cada.

Na análise de conteúdo foram identificadas onze barreiras para uso da atenção básica pelas pessoas com DPOC. Três delas estão relacionadas aos fatores predisponentes, seis aos fatores capacitantes e duas às necessidades de saúde. A apresentação dessas barreiras identifica a frequência de cada uma, sendo descrita primeiramente a mais relatada pelas pessoas com DPOC dentro de cada fator em específico.

Fatores predisponentes.

As subcategorias que se apresentaram como barreiras para a utilização da atenção básica como fatores predisponentes foi a idade avançada, o fato de residir sozinho e estar trabalhando.

Doze dos 21 participantes eram idosos entre 60 e 81 anos, a idade foi referida como uma barreira para as pessoas mais idosas, que além da doença pulmonar, apresentavam limitações físicas em decorrência de sintomas e/ou sequelas de uma ou mais doenças crônicas associadas. As limitações físicas dificultava a caminhada dessas pessoas para ir do seu domicílio até os serviços da atenção básica.

Para dois idosos que viviam sozinhos e afastados de seus familiares essa barreira se fez mais presente, pois não contavam com o apoio familiar para se deslocar até os serviços de atenção básica, como foi exposto por Helga, de 81 anos, que vivia sozinha e os familiares viviam distantes, ao explicar porque há mais de dois anos não realizava consultas na UBS:

Já consultei no postinho com a médica, mas para eu ir ao postinho é difícil [...] porque meu filho que me levava na médica. Só que agora, ele está acamado e vive em outra cidade [...] e depois do derrame cerebral nem até a esquina eu vou por causa das pernas. (Helga)

A ocupação atual, como estar trabalhando, foi referida como uma barreira pelas pessoas que trabalhavam, pois tinham necessidade de trabalhar em tempo integral e isso dificultava a utilização dos serviços de atenção básica que funcionava no mesmo horário de trabalho dessas pessoas. Beatriz, de 44 anos, administradora de um restaurante, relatou que tinha dúvidas sobre o que ocasionava a sua sintomatologia, mas o fato de trabalhar o dia todo a impedia de frequentar um serviço de saúde e permanecia sem saber o seu diagnóstico:

Eu não tenho tempo para nada. Não tenho tempo para essas coisas, para ir ao médico. Eu sei que estou doente do pulmão, porque tenho muita tosse e dor no tórax. Às vezes estou deitada e tenho umas pontadas no tórax, mas eu acho que é do sistema nervoso também. Realmente, não tenho tempo de ir no postinho porque trabalho o dia todo. (Beatriz)

Fatores capacitantes.

As barreiras mais relatadas pelas pessoas com DPOC foram relacionadas aos fatores capacitantes e as subcategorias apresentadas foram: gastos financeiros com o tratamento, dificuldade para aquisição

dos medicamentos, tempo de espera, recursos financeiros limitados, distância dos serviços de saúde e falta de rotina nas consultas.

Todas as pessoas com DPOC relataram ter gastos financeiros com o tratamento, principalmente, pela compra de medicamentos e pelo exame de espirometria que faziam em serviços privados, por causa do tempo de espera para realizar o exame pelo serviço público, que era prolongado.

Os preços dos medicamentos, como os inalados, que eram os mais utilizados para o tratamento da DPOC variava entre R\$110,00 a R\$260,00 (US\$ 62,00 a US\$ 145,00), os quais são considerados para estas pessoas como medicamentos de alto custo. Este custo era minimizado por uma produtora de medicamentos que oferecia a estas pessoas gratuitamente um cartão com desconto de cinquenta por cento a toda compra de medicamentos inalados, desde que apresentando a receita médica e o cadastro na farmácia. Mesmo com isso, o custo desses medicamentos foi considerado elevado pelas pessoas com DPOC deste estudo, pois 18 delas eram aposentadas ou não possuíam renda fixa, e 16 pessoas relataram renda familiar baixa, de um a cinco salários mínimos. Somado a estes dois fatores, 16 pessoas possuíam uma ou mais doenças associadas, e por consequência consumiam outros medicamentos e a soma dos custos dos medicamentos era o que aumentava os gastos financeiros mensais e se tornava uma barreira para o tratamento. Salma, de 70 anos, era aposentada, relatou que comprava os medicamentos que não ganhava do SUS, e expôs a dificuldade de ter que comprar vários tipos de medicamentos para as doenças associadas que possuía:

A bombinha vem de outra cidade e eu pego no centro, o AAS pego no postinho e têm outros que eu compro. Essa semana eu gastei só em uma caixa de antibiótico cinquenta reais. E tem mais outro que eu pago quarenta e oito reais por mês, que é para a circulação. São remédios que eles não dão. Xarope eles não dão, eu compro. Tem um aqui que meu neto comprou porque custava quarenta reais, eu não tinha mais dinheiro. Então, a gente sabe quanto custa o remédio. (Salma)

Das 19 pessoas que tinham realizado o exame de espirometria, somente três delas havia feito pelo SUS, as demais pagaram pelo exame em serviços privados, e o custo mais citado foi de R\$150,00 (US\$ 84). Pelo fato de ter que pagar pelo exame de espirometria, essas pessoas não

o realizava com frequência. Priorizavam fazer quando havia agudização do quadro clínico, para troca de medicamento ou para requerimento do auxílio-doença para o governo.

O fato de terem que comprar ou o custo elevado dos medicamentos e do exame de espirometria, fazia com que algumas pessoas optassem por não utilizarem os medicamentos para tratamento da DPOC, não realizarem exames periódicos ou deixarem de realizarem consultas na atenção básica, como mencionou Olavo, de 59 anos, que estava aposentado por causa da doença:

Toda semana tenho que comprar o vidro desse remédio para fazer inalação, custa R\$ 16 e não tenho muito dinheiro e ainda tenho que ir a uma farmácia longe porque aqui perto é bem mais caro. O postinho não me dá. Então, não vou mais ao postinho, para que vou ficar indo lá se eles não me dão o que preciso. (Olavo)

A dificuldade para aquisição dos medicamentos para tratamento da DPOC pelo SUS, principalmente os inalados, como os broncodilatadores, por exemplo, foi uma barreira citada por doze pessoas com DPOC. Elas atribuíram a dificuldade de aquisição pelo excesso de procedimentos que deveriam realizar para obter gratuitamente tais medicamentos pelo SUS, como ir a dois locais diferentes nos centro da cidade, em dias diferentes, esperar por consulta e esperar pela resposta da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Primeiramente eles deveriam ser referenciados pelo médico da UBS ao pneumologista, que realizava a consulta em outro serviço de saúde da atenção básica, localizado no centro da cidade. Como tinha somente um médico pneumologista que realizava a consulta pelo SUS, o tempo de espera também era prolongado, de um a dois meses, como relatado pelas pessoas com DPOC. Somente o médico pneumologista poderia realizar a solicitação dos medicamentos inalados para a SES que estava localizada em outro município. Depois de realizar a consulta a pessoa deveria levar a solicitação a outro local, que era a farmácia central do município, também localizado no centro da cidade, em dia diferente da consulta, pois era necessário encaminhar junto, outros documentos, como: a declaração de que não tinha condições financeiras; o comprovante de residência; um documento de identidade; e os resultados do exame de espirometria. Esta solicitação era encaminhada a SES e a resposta retornava para a farmácia central do município, no

período de um a três meses. A dificuldade para adquirir os medicamentos fez com que oito pessoas desistissem da solicitação, como o que foi relatado por Fanny, de 64 anos, cuja renda familiar era em torno de cinco salários mínimos, e comprava o medicamento:

O SUS dá essa bombinha, mas é muita burocracia, tem que fazer atestado de pobreza, tem que provar que você não tem condição de pagar, é muita coisa, então nem tentei. (Fanny)

Mesmo com a solicitação atendida pela SES, quatro pessoas, relataram que o tempo que tiveram que esperar pela resposta foi prolongado, de um a três meses. Após receberem a primeira caixa de medicamento, as dificuldades permaneciam, pois deveriam renovar a cada três meses a receita médica através de uma nova consulta ao pneumologista e novamente encaminhar para a farmácia central do município, como mencionou Basílio, de 71 anos, que estava aposentado:

A bombinha eu ganho do Estado. O médico disse que tenho que tomar esse remédio para o resto da vida. Então, ele preparou um papel e esperei uns três meses. E agora tenho que marcar consulta sempre porque tenho que renovar a receita de três em três meses, e levar no centro senão eles não me dão mais. (Basílio)

Três pessoas que recebiam medicamentos para o tratamento da DPOC pelo SUS e adquiriam direto da UBS, relataram ser os menos onerosos como broncodilatadores líquidos e corticóides.

Dez pessoas mencionaram como barreira o tempo em que eles tinham que esperar para realizar uma consulta, seja com o médico da UBS ou com o especialista. O tempo de espera relatado foi entre um e dois meses, e algumas pessoas acabavam não aderindo ao tratamento por causa desta barreira. Esse tempo de espera foi considerado prolongado por estas pessoas, pois tiveram experiências em outros serviços da atenção básica, ou na mesma UBS em tempos passados, em que esperavam de dois dias ou até uma semana para a consulta. Jandira, de 53 anos, que tinha bronquite desde a infância, expôs sobre esta dificuldade:

Hoje (01/11/11) mesmo eu pedi para minha sobrinha ir ao postinho para marcar uma consulta

para mim [...] e só tem para o dia doze de dezembro. Veja quanto tempo vou ter que esperar! Por isso eu não gosto de ir ao postinho. Eu preciso renovar uma receita, porque na farmácia eles não querem mais aceitar a antiga e tenho que esperar mais de um mês para isso. (Jandira)

O tempo prolongado de espera pela consulta fazia também com que a pessoa não comparecesse na data marcada, como foi referido por três delas. Ao esperar demais eles acabavam esquecendo a data que haviam marcado a consulta e não compareciam, ou ainda, nesse tempo outro compromisso surgia e desistiam da consulta. Quando aconteciam essas situações, elas relataram que remaravam nova consulta para outra data, porém isso fazia com que tivessem que esperar muito mais tempo para realizar uma consulta. Foi o que Edna, de 51 anos, dona de casa, relatou a respeito:

Como eu estava no dia da consulta no hospital com a minha irmã, era para ser dia 22 de agosto minha consulta, tive que ir lá no postinho remarcar e só tinha para o dia 27 de outubro. Para você ver como é que está a coisa, só para dois meses depois! (Edna)

No dia marcado, o tempo que elas esperavam a consulta, também foi relatado como uma barreira, porque eles deveriam chegar quando a UBS abrisse e aguardar serem chamados para receber a consulta. Treze pessoas com DPOC relataram esperar mais de quatro horas no dia marcado para receberem a consulta. As pessoas mais idosas e os com a doença mais grave referiram desconforto em terem que esperar muito tempo para a consulta, e os demais relataram como uma perda de tempo, pois poderiam estar realizando outras atividades.

Adália, de 67 anos e que cuidava de um idoso, referiu como desconforto o fato de ficar nervosa por ter que esperar muito tempo para receber a consulta no dia marcado:

Uma coisa que eu não gosto é ter que estar no posto às sete horas da manhã. Por que tem que ficar lá? Por que tem pessoas agendadas? Eu não entendo [...] Uma vez cheguei lá as sete e meio dia não tinha sido atendida ainda, e como eu cuido de um idoso que come às onze e meia, comecei a

ficar apavorada, comecei a gritar dentro do posto, de tão nervosa que eu fico com a demora. (Adália)

Esperar dois meses ou um ano para realizar um exame foi mencionado como barreira por dez pessoas deste estudo. Exames como de sangue, urina, preventivo e mamografia eram mais fáceis de realizar, num prazo de dez dias era possível estar com o resultado, segundo elas.

Para a radiografia de tórax, frequentemente realizada pelas pessoas com DPOC, relataram esperar dois meses pelo resultado. Exame fundamental para o diagnóstico da doença, como a espirometria, aguardava até um ano para realizar, pois existia apenas um local onde se realizava o exame no município, sendo um consultório médico especialista em pneumologia conveniado com o SUS.

Os exames de sangue e radiografia eram realizados em clínicas e hospitais também conveniados com o SUS. As UBSs onde o estudo foi realizado, não faziam estes exames, portanto ao procurar um consultório, uma clínica ou um hospital para realizar exames, essas pessoas se somavam a demanda de cada local fazendo com que o tempo de espera para fazer ou receber o resultado fosse prolongado. Ramira, de 57 anos e dona de casa, expôs sobre esta barreira:

Outro exame que esperei bastante foi a espirometria. A primeira vez que fiz esperei um ano, a segunda esperei oito meses [...] para exame de sangue, mamografia é fácil marcar, pega a receita vai ao laboratório e já faz, não demora muito. (Ramira)

Ter recursos financeiros limitados foi mencionado ser uma barreira por sete pessoas com DPOC. Essas pessoas relataram que a maior dificuldade estava na compra do medicamento. Três delas só utilizavam medicamentos que eram distribuídos pelo SUS, porque não podiam comprar por falta de dinheiro. Uma pessoa trabalhava, mas seus rendimentos não ultrapassavam dois salários mínimos, necessitando de ajuda de outras pessoas até para a alimentação. Relatou ser dependente do medicamento inalado para poder trabalhar, mas quando não tinha dinheiro para comprar não o utilizava. Os demais dependiam da ajuda de familiares para adquirir os medicamentos e ainda optavam por comprar os menos onerosos deixando de cumprir integralmente a receita médica. Adália expôs sobre não ter dinheiro para comprar medicamentos:

Quando a médica fala que tenho que comprar eu digo para ela não pedir porque não tenho dinheiro para comprar remédio. Eu sempre digo que não adianta pedir esses remédios que tem que comprar, se me derem o remédio eu tomo, pode ser ruim ou pode ser o que for, mas para comprar não tenho dinheiro. (Adália)

A distância dos serviços de saúde foi mencionada como uma barreira quando as pessoas tem que se deslocar até um local mais longe do que a UBS, como a farmácia central do município que ficava no centro da cidade. Elas relataram que a UBS somente distribuía os medicamentos mais básicos como os de controle da pressão arterial, e que necessitavam ir até a farmácia central do município, para adquirirem os medicamentos que requeriam maior controle de distribuição como os medicamentos inalados. Os mais idosos ou com a doença mais grave necessitavam da ajuda de seus familiares para buscar o medicamento no centro da cidade e dependiam da disponibilidade de quem ajudava, como comentou Henry, de 52 anos, que estava aposentado por causa da doença:

Eu vou buscar quando sinto que estou melhor, senão a minha cunhada vai buscar para mim quando ela pode, eu autorizei que ela pegasse. Eles não trazem em casa. Tem um monte de medicamento que eu compro, o resto pego no postinho. E também pego no centro da cidade os que não têm no postinho. (Henry)

Quatro pessoas relataram não possuir este tipo de ajuda, e se deslocavam a pé até a UBS e de ônibus até a farmácia central do município. As dificuldades mencionadas pelas pessoas para esse deslocamento foi sentir muito cansaço ao caminhar, ou para subir e descer do ônibus. Uma pessoa mencionou que não conseguia caminhar longas distâncias e que para adquirir os medicamentos necessitava pagar um taxi para chegar nestes locais. Neste caso, mais um gasto financeiro para realizar o tratamento.

Somente uma pessoa relatou manter uma rotina de consulta na atenção básica. As demais só procuravam marcar consulta quando necessitavam renovar a receita, realizar um exame ou levar o resultado de um, e principalmente quando o quadro clínico estava agudizado. Foram relatados três principais motivos para essa falta de rotina, o

tempo prolongado de espera pela consulta que agia como fator desmotivador para marcar outra consulta; sentir-se bem, pois quando estavam se sentindo bem não viam necessidade de realizar consulta; e a utilização de plano de saúde ou pagavam uma consulta quando precisavam de um atendimento de urgência. O plano de saúde era um serviço oferecido por empresas privadas, com intuito de prestar assistência médica e hospitalar. O relato de Olga, de 69 anos, que estava aposentada, expôs sobre a falta de rotina de consulta pela estabilidade clínica:

O médico quer que eu vá todo mês ao postinho, mas não vou. Só vou quando preciso. Deixo ficar bem ruim para ir, não adianta ir lá quando estiver boa, fico bem mal mesmo, daí vou ao postinho para o médico ver como está. (Olga)

Necessidades de saúde.

Dois barreiras foram identificadas como fatores relativos às necessidades de saúde, a continuidade do tabagismo e não ter recebido diagnóstico médico.

Sete pessoas não pararam de fumar, com tempo de fumo variando entre 25 a 50 anos, e o número de cartelas de cigarro variando entre uma a quatro por dia. Quatro delas tinham a doença no grau mais grave, uma no moderado e duas no leve, porém o motivo de continuidade do tabagismo relatado por elas era o mesmo, e estava relacionado ao bem-estar que o fumo trazia quando estavam tristes ou nervosas.

Estas pessoas declararam possuir o conhecimento de que a continuidade do tabagismo dificultava o tratamento e piorava a função pulmonar, e três delas, que eram as pessoas com a doença mais grave, relataram que como não possuíam mais cura para sua doença e que iriam morrer parando de fumar ou não, optavam por continuar fumando. Henry expôs sobre isso:

O médico falou para eu parar de fumar, mas já sou irritado, se eu parar de fumar, se eu parar de tomar o meu café, se eu parar de conversar, porque eu gosto o que eu vou fazer da minha vida. Se não fumar morre, se fumar também morre. O cigarro me deixa mais calmo. Às vezes quando estou muito nervoso gosto de tomar café e fumar um cigarro, daí fico tranqüilo. (Henry)

Não ter recebido diagnóstico médico da DPOC estava relacionado com a dificuldade em realizar o exame de espirometria, pois sem este resultado não era possível determinar o diagnóstico. Cinco pessoas entrevistadas não haviam realizado o exame de espirometria. Foi solicitado o exame de espirometria, em consulta na atenção básica, somente para uma dessas pessoas, que expôs não ter realizado por esquecimento. Uma delas, mesmo sem diagnóstico definido fazia uso de medicamento para o pulmão. E outras duas com sinais e sintomas de dispneia, cansaço e tosse não faziam uso de medicamento. Estas duas pessoas relataram dificuldade nas atividades do dia a dia, em virtude desses sinais e sintomas, porém não apresentavam conhecimento sobre o problema pulmonar que apresentavam. Camélia, de 52 anos e que trabalhava como faxineira, expôs sobre isso em seu depoimento:

Eu não posso fazer nada por causa da gripe, porque eu tenho gripe constante. E se eu tenho algum problema no pulmão, eu não sei, porque toda vez que eu fiz uma radiografia do pulmão, a médica dizia que o que tem lá é do cigarro, mas que eu não precisava me preocupar e o que tinha que fazer é parar de fumar, que não era uma doença para tratar, era o que ela passava para mim. (Camélia)

DISCUSSÃO

Na perspectiva das pessoas com DPOC os fatores capacitantes tiveram grande influência na determinação das barreiras para o uso da atenção básica, entre eles, gastos financeiros com o tratamento, dificuldade para aquisição dos medicamentos, tempo de espera, recursos financeiros limitados, distância dos serviços de saúde e falta de rotina nas consultas. Contudo, os fatores se relacionavam entre eles, pois os fatores predisponentes e as necessidades de saúde interferiam nos fatores capacitantes. Na perspectiva das pessoas com DPOC os fatores capacitantes foram os mais relatados como barreiras.

Andersen (1995) sugeriu que quando existissem dificuldades no uso dos serviços de saúde por causa dos fatores capacitantes indicava a existência de barreiras econômicas, geográficas ou na organização dos serviços de saúde.

As pessoas com DPOC neste estudo indicaram a presença de barreira econômica quando relataram gastos elevados com os

medicamentos e por possuírem recursos financeiros limitados. A barreira geográfica esteve presente pela dificuldade em que as pessoas com DPOC mais graves e idosas apresentavam em chegar aos serviços de saúde da atenção básica. Porém, as barreiras oriundas da organização dos serviços e sistemas de saúde foram as mais relatadas pelas pessoas com DPOC, entre elas a dificuldade para aquisição de medicamentos e o tempo de espera que estava relacionado com os aspectos organizacionais dos serviços e a dificuldade para aquisição de medicamentos que estava relacionado com o sistema de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 2005).

As falhas ou limitações na organização dos serviços de saúde foi apontada pelas pessoas com DPOC, como uma das principais barreiras para o uso da atenção básica. Isso foi oriundo das percepções ou experiências negativas que essas pessoas tiveram em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS no município em que o estudo foi realizado.

A dificuldade para aquisição dos medicamentos para o tratamento, como os inalados, foi uma barreira bastante significativa indicada pelas pessoas com DPOC, principalmente por se tratar de uma população com recursos financeiros limitados e que não possuíam uma política nacional de atenção exclusiva para eles.

O Ministério da Saúde criou uma portaria em 2002, para promover o acesso da população aos medicamentos inalados, somente para pessoas com asma grave, porque os medicamentos inalados não estão disponíveis na lista básica da rede municipal de saúde, em virtude do seu custo elevado. Nela há critérios de exclusão para aquisição desses medicamentos pelo SUS, que dentre eles estavam as pessoas que continuavam com o hábito do tabagismo e quando se evidenciava o predomínio da DPOC (BRASIL, 2002). Esses critérios acabaram excluindo grande parte das pessoas que participaram deste estudo, pois sete delas continuavam com o hábito do tabagismo e 13 delas apresentavam a DPOC em estágio grave.

Contudo, há avanços no SUS para a DPOC referente à distribuição desses medicamentos especiais. Em setembro de 2012, foi publicada no Diário Oficial da União a decisão de incorporar no SUS além dos medicamentos especiais, vacina contra Influenza, oxigenoterapia domiciliar, e exames diagnósticos para deficiência de alfa-1 antitripsina, para melhorar o diagnóstico e o tratamento da DPOC (BRASIL, 2012).

O custo elevado dos medicamentos inalados para tratamento da DPOC para uma população com recursos financeiros limitados também dificultou a aquisição desses medicamentos. Este motivo pode acarretar

em descumprimento das indicações médicas ao não utilizar os medicamentos ou pode aumentar os gastos financeiros dessas pessoas (BARROS et al., 2011)

A dificuldade para aquisição de medicamentos também ocorreu com pessoas com outras doenças crônicas, como a hipertensão arterial e diabetes, embora tenham uma política nacional de atenção exclusiva. Paiva, Bersusa e Escuder (2006) descreveram que nem todas as pessoas com hipertensão arterial e diabetes recebiam todo medicamento que necessitavam pelo SUS. Isso baseado num estudo realizado no centro-oeste brasileiro com 72 pessoas, no qual 45 delas relataram que não recebiam todos os medicamentos e 37 pessoas relataram mais gastos financeiros por causa disso.

Os problemas dos serviços farmacêuticos do SUS foi descrito em um estudo que avaliou a qualidade desses serviços em 597 municípios, o que representou 10,7% dos municípios brasileiros, e demonstrou problemas em 90,3% destes. A falta de medicamentos foi um deles, classificado como o terceiro problema mais encontrado (VIEIRA, 2008). O que obviamente, refletiu na aquisição de medicamento pelas pessoas com problemas crônicos e conseqüentemente mais gastos financeiros com o tratamento.

O tempo de espera prolongado pela consulta depois de marcada, para a realização de um exame mais complexo e chegar cedo e ter que ficar na fila de espera no dia da consulta foram julgados pelas pessoas com DPOC deste estudo como dificultadores para o uso dos serviços de saúde da atenção básica do município em que o estudo foi realizado.

O tempo de espera não é uma dificuldade atual para uso dos serviços de saúde no Brasil, em outros estudos que avaliaram as barreiras nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS com qualquer tipo de usuários, pessoas idosas, HIV/aids e doença sexualmente transmissível, chegar cedo no dia da consulta, esperar meses pela consulta e exames também foi identificado como barreira e a justificaram principalmente pela agenda lotada dos serviços de saúde e a falta de profissionais para uma demanda aumentada (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; GOMES et al., 1999; LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005; TRAD et al., 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na proposta do modelo comportamental de Andersen há relação direta entre acesso e uso dos serviços de saúde. O acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, que se refere à entrada

no serviço de saúde, à continuidade e aos resultados do tratamento. O conceito de acesso é multidimensional, composto pelo acesso potencial e acesso realizado. O acesso potencial seria a própria situação de presença dos fatores capacitantes, e o acesso realizado seriam o efetivo uso dos serviços de saúde que incluem também os fatores predisponentes e as necessidades de saúde.

As barreiras identificadas neste estudo relacionadas aos fatores capacitantes demonstraram as dificuldades para o acesso potencial das pessoas com DPOC na atenção básica do município em que o estudo foi realizado. Somando as barreiras identificadas nos fatores predisponentes e as necessidades de saúde, o efetivo uso desses serviços de saúde estava ainda mais comprometido. E isso pode ser constatado quando apenas uma pessoa com DPOC expôs manter rotina de consultas nos serviços de atenção básica.

Ainda, neste modelo, é importante destacar, que os fatores que explicam o uso dos serviços de saúde são de natureza dinâmica, principalmente os relacionados ao sistema e à organização dos serviços de saúde, pois alguns fatores predisponentes como a idade, o gênero e a etnia não são modificáveis a ponto de alterar o sistema. Essa natureza dinâmica é importante, para fins de mudanças no sistema de saúde, ou seja, formulações de políticas públicas, mudanças governamentais ou institucionais, podem alterar o acesso e o uso dos serviços de saúde.

Ressalta-se que este estudo limitou-se a uma amostra de usuários de duas UBSs com características semelhantes e proximidade ao centro da cidade. A inclusão de outras UBS, principalmente as mais distantes ao centro da cidade, onde estava localizada a maioria dos serviços de saúde da atenção básica do município em estudo, ou que incluíam outros tipos de serviços, poderia identificar outros tipos de barreiras, ou até mesmo destacar mais as barreiras identificadas.

Outros fatores que poderiam influenciar o uso dos serviços de saúde, proposto pelo modelo comportamental de Andersen, não foram explorados neste estudo, tais como: o nível de escolaridade; o conhecimento sobre o estado de saúde e sobre os serviços de saúde oferecidos pelo SUS; a melhora do quadro clínico e a satisfação das pessoas com o serviço prestado. Isso poderia explicar com mais clareza o acesso e o percurso das pessoas com DPOC na atenção básica.

REFERÊNCIAS

AISANOV, Z. et al. Primary care physician perceptions on the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease in diverse

regions of the world. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 7, p. 271-82, 2012.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais em saúde entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, suppl. 2, p. 198-208, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. nº 25. Série A. Brasília: SAS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para asma grave**. Portaria nº 1.012, de 20 de dezembro de 2002.

_____. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Budesonida, beclometasona, fenoterol, salbutamol, formoterol e salmeterol para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica**. Portaria SCTIE nº 29, de 26 de setembro de 2012.

CELLI, B. R. et al. Standards for the diagnosis and treatment of patient with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. **Eur Respir J**, v. 23, p. 932-46, 2004.

FOSTER, J. A.; et al. Enhancing COPD management in primary care settings. **Med Gen Med**. v. 9, n. 3, p. 24-32, 2007.

GEORGE, J.; KONG, D. C. M.; STEWART, K. Adherence to disease management programs in patients with COPD. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 2, n. 3, p. 253-62, 2007.

GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. Updated. Washington (EUA): National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization workshop report. 2013.

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/aids no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 789-97, 1999.

GOSELINK, R. et al. Impact of inspiratory muscle training in patients with COPD: what is evidence? **Eur Respir J**, v. 37, p. 416-25, 2011.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res**, v. 15, n. 9, p. 1277-88, 2005.

JOHNSTON, K. N. et al. Why are some evidence-based care recommendations in chronic obstructive pulmonary disease better implemented than others? Perspectives of medical practitioners. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 6, p. 659-67, 2011.

LANGER, D. et al. Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Bras Fisioter**, v. 13, n. 13, p. 183-204, 2009.

LIMA, D. M. G.; VENTURA, L. O.; BRANDT, C. T. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arq Bras Oftalmol**, v. 68, n. 3, p. 357-62, 2005.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 81-92, 2008.

- MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2740-48, 2007.
- PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-85, 2006.
- PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, p. 471-82, 2008.
- PITTA, F. et al. Are patients with COPD more active after pulmonary rehabilitation? *Chest*, v. 134, n. 2, p. 273-280, 2008.
- PROBST, V. S. et al. Effects of 2 exercise training programs on physical activity in daily life in patients with COPD. **Respir Care**, v. 56, n. 11, p. 1799-807, 2011.
- RICKETTS, T. C.; GOLDSMITH, L. J. Access in health services research: The battle of the frameworks. **Nurs Outlook**, v. 53, n. 6, p. 274-80, 2005.
- SALINAS, G. D. et al. Barriers to adherence to chronic obstructive pulmonary disease guidelines by primary care physicians. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 6, p. 171-79, 2011.
- TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-89, 2002.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 2, p. 190-98, 2004.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

WYRWICH, K. W. et al. Measuring patient and clinician perspectives to evaluate change in health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Society of General Internal Medicine**, v. 22, n. 2, p. 61-70, 2007.

4. 3 MANUSCRITO 3: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA CONSIDERANDO A CLÍNICA AMPLIADA

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar qualitativamente a atenção básica as pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica de um município da Região Sul do Brasil, na perspectiva dos usuários e profissionais da saúde. Teve como referência a proposta da clínica ampliada. Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido em duas Unidades Básicas de saúde, na qual participaram pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica e profissionais da saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e submetidos à técnica de análise do conteúdo conduzida a partir dos eixos da clínica ampliada: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais da saúde. Foi identificado o diálogo e a escuta na busca da produção do vínculo como um aspecto facilitador para a ampliação da clínica. Os aspectos limitadores envolveram desde o reconhecimento das pessoas com DPOC na área territorial das unidades estudadas, a construção do projeto terapêutico, a organização do processo de trabalho das equipes, e o próprio sistema.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Atenção primária à saúde. Assistência integral à saúde. Pesquisa qualitativa. Avaliação em saúde. Doença crônica. Políticas de saúde.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo provocar inovações nas práticas de produção de saúde, propondo para os profissionais da saúde implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção de saúde (BRASIL, 2008).

Uma das propostas da PNH do SUS, foi a da clínica ampliada para que os profissionais da saúde pudessem perceber e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, como ocorre na clínica tradicional, mas sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes clínicos. Isto envolve o desafio de lidar com os sujeitos buscando sua

participação e autonomia no projeto terapêutico. Esta participação e autonomia tornam-se ainda mais importante quando o tratamento necessário é de longa duração, como é o caso das condições crônicas (BRASIL, 2008).

Campos (2005) quando criticou o formato tradicional (hospitalocêntrico) da organização dos serviços de saúde e as propostas de reformas pautadas pela atenção básica, destacou que para haver um impacto positivo na reforma da clínica dos diferentes profissionais da saúde, não adianta alterar o formato das organizações de saúde e as inter-relações entre estas organizações, sem alterar de forma substantiva o modo fragmentado e, muitas vezes, desumanizado que os profissionais tratam os sujeitos de sua prática.

A atenção à saúde das pessoas em condição crônica é desenvolvida nos diferentes espaços de saúde, passando a ter cada vez mais relevância na atenção básica, uma vez que é onde é diagnosticada e acompanhada, além do desenvolvimento das ações de promoção da saúde e de prevenção dessas condições. Assim, há grande complexidade deste trabalho realizado na atenção básica, com intervenções em diferentes âmbitos, tais como o biológico ou o orgânico em relação aos riscos ou doenças, como também encarar riscos subjetivos e sociais, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas na construção de ações que incidam sobre estas diferentes dimensões (CAMPOS et al., 2008).

A proximidade da atenção básica com as redes familiares e sociais dos sujeitos pode ser capaz de facilitar as intervenções em saúde, pois há possibilidade de se construir vínculos duradouros com os sujeitos, aumentando a eficácia das intervenções na prática clínica, seja em ações diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação. Portanto, a clínica deverá ser ampliada, partindo da questão biológica para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a sua característica singular e sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos, como diretrizes, protocolos e programas (CAMPOS et al., 2008).

Contrastando com as práticas tradicionais, a clínica ampliada propôs mudanças radicais nos processos de trabalho em saúde, nas abordagens do processo saúde-doença e nos papéis dos profissionais da saúde e usuários dos serviços. No seu desenvolvimento, em especial na atenção básica, tem a intenção de potencializar intervenções tornando-as mais eficazes, como coleta de informações específicas do usuário e do seu processo de vida e adoecimento, favorecendo uma atenção integral à saúde por meio da elaboração de diagnósticos e intervenções que vão

além dos sintomas, dos corpos e dos sujeitos em suas individualidades (MARTINS et al., 2009).

Na proposta da clínica ampliada, o Ministério da Saúde descreve cinco eixos fundamentais para sua operacionalização, que são: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A compreensão ampliada do processo saúde-doença busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico, pois numa mesma situação, num dado momento é possível detectar inúmeros aspectos diferentes: as doenças e suas manifestações e complicações, as forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), as relações sociais, a situação afetiva, e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante naquele momento (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada reconhece que produzir saúde é uma tarefa complexa, e isso significa que há necessidade de compartilhar diagnósticos e propostas de intervenção. Este compartilhamento inclui tanto a equipe de saúde, os próprios serviços de saúde e os usuários (BRASIL, 2009).

Entende-se como a ampliação do “objeto de trabalho”, a percepção dos profissionais da saúde sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, ou seja, a atenção à saúde deve ser integral. A definição do problema de saúde é construída de maneira mais ampla que a doença, por meio de uma organização de causas e consequências das situações que interferem na saúde do sujeito singular, também na programação de ações e na avaliação de seu impacto (SILVA JR; ALVES, 2007).

Na clínica ampliada os instrumentos de trabalhos se modificam intensamente. Há necessidade de organização da gestão que privilegie a comunicação transversal na equipe e entre as equipes. Ainda são necessárias principalmente as técnicas relacionais, que seria a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com os problemas sociais e subjetivos dos sujeitos, da família e da comunidade (BRASIL, 2009).

Na concepção da clínica ampliada, é reconhecida a necessidade de dar suporte aos profissionais da saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades e com os diversos tipos de situação; uma vez que as dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, no próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009).

A operacionalização desses eixos, evidenciam a importância da clínica ampliada nas práticas clínicas da atenção básica, como um modelo de cuidado integral e humanizado que se deseja tornar visível no SUS. Portanto, acompanhar seu processo no âmbito de sua operacionalização na atenção básica, passa a ser um desafio considerado essencial para o avanço da qualificação das intervenções em saúde (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar qualitativamente a atenção básica às pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, na perspectiva dos usuários e profissionais da saúde, de um município da Região Sul do Brasil, tendo como referência a proposta da clínica ampliada.

MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo qualitativa, desenvolvida em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da Região Sul do Brasil. As UBS foram escolhidas de forma intencional, pela facilidade de acesso aos prontuários e profissionais da saúde para a coleta de dados. As UBS tinham características homogêneas no que se referia a pobreza, desigualdade econômica e disparidade social nas regiões de abrangência.

Foram selecionados dois grupos de participantes, um de usuários das UBSs, especificamente pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o outro de profissionais da saúde que trabalhavam nessas UBSs.

Os participantes com DPOC foram selecionados a partir da análise de informações nos prontuários, indicados pelos profissionais da saúde e pelas próprias pessoas com DPOC que conheciam outras pessoas com a mesma doença. Dos participantes profissionais da saúde foram selecionados aqueles que trabalhavam na equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) das UBSs no período do estudo.

Os critérios de seleção da amostra estabelecidos para o estudo foram: pessoas com diagnóstico de DPOC confirmado pelo exame de espirometria; adultos de qualquer gênero ou gravidade da doença; e os profissionais da saúde que trabalhassem na ESF e que aceitassem e tivessem disponibilidades para participar da pesquisa.

Doze participantes com DPOC foram selecionadas pelos prontuários; oito foram indicadas pelos profissionais da saúde; e quatro foram indicadas pelas próprias pessoas com DPOC. Dez profissionais da saúde aceitaram participar, na qual cinco eram de uma das UBSs, entre

eles uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. E os outros cinco da outra UBS, entre eles um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2011, através da realização de entrevista no domicílio dos participantes com DPOC, e nas UBSs com os profissionais da saúde. Foram utilizados dois roteiros semi-estruturados, um para as pessoas com DPOC e outro para os profissionais da saúde, elaborados pelos pesquisadores. O roteiro para a entrevista das pessoas com DPOC foi constituído por questões referentes ao atendimento realizado na UBS, a aquisição de medicamentos e a realização de exames. Além dessas questões, foram acrescentadas gerais sobre a experiência de viver com DPOC e sua trajetória de cuidados e tratamentos. O roteiro para os profissionais da saúde foi constituído por questões referentes a rotina de trabalho, ao atendimento às pessoas com DPOC, a relação destas com as UBSs, e os problemas que enfrentavam nas UBSs. Para complementar as entrevistas, foi necessário retornar ao domicílio de quatro pessoas com DPOC. As entrevistas com as pessoas com DPOC tiveram uma duração média de uma hora e com os profissionais de saúde tiveram uma duração média de quarenta minutos.

Foi utilizado um gravador para gravar em áudio as entrevistas, as quais foram transcritas na íntegra, logo após a sua realização. Estas foram repassadas para o programa *Ethnograph* 6.0, a fim de auxiliar a organização dos dados. Posteriormente foi realizada a análise do conteúdo direcionada (HSIEH; SHANNON, 2005), utilizando como categorias pré-selecionadas, os eixos da clínica ampliada: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais da saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o n.º. 2006/11. A autorização foi obtida através da assinatura, pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de preservar o anonimato e a confidencialidade, os depoimentos dos participantes são identificados no texto por nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo foram descritos na sequência dos eixos da clínica ampliada, porém, alguns dados foram considerados como argumentos em mais de um eixo, pois na prática eles se interligam na concepção da clínica ampliada.

Compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Neste eixo, a dificuldade de reconhecimento das pessoas com DPOC; a falta de registros adequados a cerca dessas pessoas; o processo de trabalho nas UBSs voltado para o atendimento da demanda; a centralidade das ações na doença e na agudização; e a falta de tempo para a educação em saúde direcionada a cessação do tabagismo, foram avaliados como limitadores da ampliação da clínica na atenção básica no município estudado.

Para ampliar a compreensão do processo saúde-doença na atenção básica, é essencial o reconhecimento de quem são as pessoas que integram a comunidade, seus problemas e os recursos disponíveis. Identificamos que nem sempre os profissionais da saúde conseguiam reconhecer as necessidades de saúde das pessoas com DPOC. Quando os profissionais foram questionados sobre as pessoas com DPOC que utilizavam as UBSs para tratamento, a maioria não sabia identificar quem eram essas pessoas. Também não tinham dados epidemiológicos que promovesse a ampliação do conhecimento dos aspectos que contribuem para a determinação social do processo saúde-doença dessa condição crônica nas regiões de abrangência das UBSs. A enfermeira Roberta, que trabalha há oito anos em uma das UBSs, reconheceu essa falta:

Aqui na unidade acho que tem umas dez pessoas com DPOC. Assim, o que eu lembro são as pessoas que descompensam mais. Mas se a gente for fazer um levantamento, porque eu não tenho isso, provavelmente pode ter mais. Na verdade é assim, a gente se mobiliza mais quando eles estão em crise, deveria se ter mais controle da prevenção. (Roberta)

É possível utilizar vários meios e instrumentos para obter os dados necessários para orientar as ações na atenção básica, tais como: boletins epidemiológicos, resultados de exames alterados, programas

assistenciais, visitas domiciliares, sistemas de informação em saúde como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e reuniões em equipe (FARIA; BERTOLOZZI, 2010). Percebemos que estes instrumentos não são utilizados de forma sistemática pelas equipes como parte do planejamento e acompanhamento da atenção às pessoas com DPOC.

As informações de algumas pessoas com DPOC somente estavam registradas nos prontuários das famílias cadastradas nas UBSs, e nem sempre os registros eram suficientes para a definição do diagnóstico da doença. Um dos exames mais importantes para a definição do diagnóstico e grau da DPOC é a espirometria (GOLD, 2013), exame que não constava no prontuário de vários participantes. Isto foi mais um indício importante da dificuldade de intervenção dos profissionais nesta condição crônica.

Destacou-se no processo de trabalho dos profissionais da saúde, o foco no atendimento das demandas das UBSs para aquelas pessoas que buscavam consultas clínicas, ou que a gravidade de uma condição requeria visitas domiciliares. A médica Angela, neste depoimento, expôs sobre sua rotina de trabalho na UBS:

Na verdade o mais comum aqui na unidade é o atendimento. Os atendimentos são pré-agendados, mas nós temos que estar abertos a uma demanda espontânea, o paciente é considerado de emergência como o paciente com DPOC, todo paciente é bem vindo. Tenho certeza que a Estratégia de Saúde da Família esta adequada para atender todo tipo de paciente, paciente ambulatorial e paciente de emergência. Então, nossa agenda é muito flexível [...] na nossa rotina também, fazemos um serviço de educação em saúde, onde a gente dirige para um público mais saudável e para pacientes com doenças crônicas também, que é para o paciente com diabetes, com hipertensão. Isso é uma vez por mês. (Angela)

O processo de trabalho nas UBSs voltado para o atendimento da demanda, também ressaltou uma atenção mais centralizada na doença das pessoas. Nas pessoas com DPOC, as ações estavam ainda mais voltadas à questão biológica, pois a maior demanda dessas pessoas acontecia nos momentos de agudização da condição crônica. Outro fator que pareceu evidenciar a centralidade das ações na doença, foi a

prescrição medicamentosa, uma vez que as pessoas com DPOC expressaram que o único tratamento que realizavam para sua condição crônica era o uso de medicamentos, incluindo o uso de oxigênio.

Olga, de 69 anos, estava com a doença em estágio grave, porém não mantinha uma rotina de consultas e somente procurava a UBS para tratamento quando tinha uma agudização de seus sintomas, como relatou:

O médico quer que eu vá todo mês, mas não vou. Vou mesmo só quando eu preciso, daí eu vou. Deixo ficar bem ruim para ir, não adianta eu ir para lá quando estiver boa, fico bem mal mesmo daí vou lá para ele ver como está. Não gosto muito de ir ao médico, vou mesmo porque sou obrigada, minha filha me cobra. (Olga)

O estudo de Graziano e Egry (2012) para compreender o processo de trabalho dos profissionais da saúde da equipe da ESF no reconhecimento das necessidades de saúde da população, em uma UBS do Município de São Paulo, também descreveram um processo de trabalho voltado para o atendimento da demanda, principalmente de pessoas com hipertensão e diabetes; e ressaltaram uma prática voltada à pessoa e seu agravo instalado.

O processo de trabalho voltado para o atendimento da demanda limitava o tempo de trabalho para outras ações nas UBSs como a educação em saúde a fim de promover a cessação do tabagismo, pois o hábito do tabagismo ainda estava presente em algumas pessoas com DPOC.

O programa de cessação do tabagismo proposto pelo Ministério da Saúde era existente no município, realizado em outro serviço de saúde, porém não era reconhecido pelos profissionais e pessoas com DPOC como uma ação em saúde relevante, uma vez que havia apenas a indicação pelos profissionais da saúde para a participação no programa, sem que houvesse um trabalho mais ampliado de convencimento ou discussão sobre o processo do programa de cessação do tabagismo. A culpabilização para esse hábito, ainda era utilizada por alguns profissionais da saúde. Adolfo, de 41 anos, estava com a doença em estágio muito grave, era tabagista e relatou a respeito:

Os meus médicos já me disseram que a primeira coisa que eu tenho que fazer é deixar do cigarro. Até falei em remédio para o médico, para deixar de fumar, e ele disse que o único remédio é a

vergonha na cara. Ainda falou isso para mim. Eu comecei a rir com ele lá dentro. Então um conselho, que eles me deram foi esse. Se eu não parasse mais tarde eu iria começar a usar oxigênio. (Adolfo)

O Ministério da Saúde define que o tratamento do fumante deve ser realizado com abordagem cognitivo-comportamental, um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e do comportamento associado a elas, que leva a pessoa a desenvolver estratégias de enfrentamento das situações de risco. Há indicação também do apoio medicamentoso para aliviar os sintomas da abstinência e facilitar o processo de mudança. Preconiza que pode ser realizado em qualquer UBS, mas o profissional da saúde deve estar instrumentalizado para lidar com os aspectos da dependência química e apoiar o processo de mudança de comportamento (BRASIL, 2010). Porém, em nosso estudo, a fala de Adolfo, expõe a inadequação da abordagem ao fumante.

A avaliação deste eixo na concepção da clínica ampliada, nas UBS estudadas, indicou aspectos limitadores para a transformação do modelo assistencial como preconizado pelo SUS, através da abordagem fragmentária e reducionista das pessoas com DPOC, e da organização do processo de trabalho, principalmente voltado para o atendimento da demanda.

Segundo Alves (2005) a intervenção do profissional da saúde não deve se restringir apenas à doença e seus impactos biológicos, deve se buscar dimensionar as necessidades de saúde, com apreensão do sujeito biopsicossocial e, por conseguinte, a execução de ações também preventivas, a exemplo da educação em saúde. O mesmo autor complementa, no que diz respeito à organização dos serviços de saúde, que a ampliação caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço, não precisando o usuário do SUS dirigir-se a serviços de saúde distintos para receber assistência curativa e preventiva.

Construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas.

Neste eixo da clínica ampliada, a dificuldade de interação entre os profissionais da equipe da ESF e desta com outros serviços de saúde do município foram as situações de trabalho mais expressadas pelos participantes.

A falta de interação enquanto equipe foi expressa no momento em que os profissionais da saúde apresentaram dificuldades para

reconhecer as pessoas com DPOC, não havendo rotina da equipe de compartilhar informações sobre essas pessoas, como acontece, por exemplo, em reuniões nas UBSs para integrar os profissionais e articular ações em saúde para as pessoas com diabetes e hipertensão arterial.

Uma das pessoas com DPOC, em estágio grave da doença, relatou dificuldade para comprar o medicamento e que fazia dois anos da solicitação desse medicamento para o município e sem resposta. Alguns profissionais da saúde desconheciam o diagnóstico dessa pessoa e a solicitação que ela havia realizado para o município, demonstrando a falta de interação da equipe. Um agente comunitário de saúde relatou:

A Dona Jandira, eu nunca soube que ela é DPOC e ela nunca comentou comigo. Ela só comentou comigo que ela tem problema de asma, mas ela nunca falou que era DPOC. Acho que ela mesma não tem conhecimento que ela tem esse problema, porque ela disse para mim que tinha asma ou bronquite asmática. (Ana)

O trabalho individualizado e a falta de comunicação entre os profissionais da saúde foi uma realidade também encontrada no estudo de Coelho e Jorge (2009) com usuários e profissionais da saúde da atenção básica no Município de Fortaleza. Neste estudo os depoimentos dos profissionais da saúde revelaram que a falta de comunicação dentro da própria UBS dificulta as relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários, podendo gerar erros de interpretação e conflitos pessoais.

No estudo sobre o perfil e formação dos agentes comunitários de saúde, os autores concluíram que o trabalho em equipe exige do profissional o conhecimento de como cada um conjuga suas atividades nos âmbitos individual e coletivo e como se articulam as ações desenvolvidas pelos outros profissionais. Complementam que isso não acontece de forma tranquila e alguns acreditam ser uma interação frágil, pois se destacam na equipe os médicos e os enfermeiros (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

A dificuldade de interação entre as UBSs e outros serviços de saúde do município foi expressada, quando as pessoas com DPOC realizavam tratamento com médicos especialistas e não havia comunicação entre esse serviço e a UBS, o que poderia contribuir para a justaposição das ações em saúde para essas pessoas, aumento dos gastos financeiros para o tratamento e a falta de maior controle dessa condição crônica.

Embora os médicos das equipes da ESF tenham relatado encaminhar as pessoas com DPOC para o pneumologista somente em situação de difícil manejo, grande parte dos participantes realizavam consultas com médicos especialistas particulares (pneumologistas, cardiologistas e geriatras), por iniciativa própria, sem encaminhamento da atenção básica ou retorno a ela. Outro recurso frequente que as pessoas com DPOC utilizavam era a busca por serviços de emergências nos hospitais, dificultando ainda mais a construção compartilhada de diagnósticos e projetos terapêuticos das pessoas com DPOC. O médico da UBS expôs este fato como um problema do SUS:

Os nossos problemas aqui na UBS, são basicamente aqueles do próprio sistema, da hierarquização, da atenção primária, muitas vezes, ficando a margem do processo. A pessoa acaba indo direto na atenção secundária, sem ter referência e quando aparece aqui de volta é sem contra-referência. Então a hierarquização, a falta de comunicação com essas pessoas que podem consultar aqui, resolver o problema da doença aqui, vão para outras instâncias. (Gustavo)

A dificuldade de interação da rede de serviços do SUS, sobretudo no sistema de referência e contra-referência a partir da percepção de profissionais da saúde, também foi apontada nos estudos de Pini e Waidman (2012) e de Tavares, Mendonça e Rocha (2009). Essa falta de interação entre os serviços resulta numa deficiência das ações em saúde, visto que a equipe não é orientada sobre o que é necessário executar nem quais ações são importantes para acompanhar as pessoas na ESF (PINI; WAIDMAN, 2012).

O tratamento fisioterápico não foi reconhecido pelas pessoas com DPOC como uma alternativa de tratamento existente, mesmo que em uma das UBSs houvesse um grupo que desenvolvia estágio curricular do curso de fisioterapia da universidade parceira do município. Esta perspectiva não é compartilhada pelos profissionais que expressam uma prática mais multiprofissional, com encaminhamentos para fisioterapia, como também para psicologia, fonoaudiologia e nutrição. O depoimento da médica da UBS expressou esta situação:

Encaminhamento para a fisioterapia. Mas, como a gente tem o pessoal da fisioterapia aqui, os pacientes são muito acolhidos. E, por exemplo, se a

fisioterapia detecta uma dificuldade maior para trabalho respiratório, eles me passam e eu encaminho para a clínica de fisioterapia. Ou quando o paciente tem diabetes, infartou e tem DPOC ele vai para a clínica fazer reabilitação cardiorrespiratória. São pacientes que vão ter que sair da atenção básica e ir para os serviços de referência. (Angela)

Ao apontar as principais dificuldades encontradas pela equipe da ESF para a ação interdisciplinar na atenção básica, Loch-Neckel et al. (2009) descreveram que os profissionais em geral não referenciam outros profissionais para os usuários. Moretti-Pires e Campos (2010) constataram que todos priorizavam sua área clínica em relação às demais, apresentavam um discurso politicamente correto de integração, mas com manutenção de velhas relações de poder entre as profissões, e o multiprofissionalismo se restringe aos encaminhamentos.

A avaliação deste eixo, nas UBS estudadas, indicou a dificuldade do trabalho em equipe para o alcance da clínica ampliada, na qual predominou a equipe como um agrupamento de profissionais em que ocorre a justaposição das ações, caracterizando um trabalho fragmentado.

Produzir saúde demanda a interação de vários campos do conhecimento e a articulação das ações dos profissionais da saúde. Desta forma, o trabalho deve ser organizado, de forma que as equipes de saúde efetivamente atuem em equipe, encontrando campos de atuação que possam ser implementados por todos os membros de forma interdisciplinar ao lado de núcleos de práticas específicas de cada categoria de profissionais da saúde (COELHO, 2008).

Ampliação do “objeto de trabalho”.

Este eixo da clínica ampliada, expressou a percepção dos profissionais da saúde sobre as pessoas com DPOC interagindo com seu meio; acolhimento e vínculo; e autonomia das pessoas com DPOC.

Os profissionais da saúde destacaram que a procura pelo atendimento nas UBSs ocorreu principalmente nos momentos de agudização da condição crônica, dificultando a realização de um tratamento continuado, do acolhimento e estabelecimento de vínculo com a equipe da ESF, e a autonomia das pessoas. Essa baixa participação das pessoas com DPOC nos projetos terapêuticos bem como nas atividades educativas promovidas pelas UBSs foi uma

situação que indicou a dificuldade de ampliação do “objeto de trabalho”, que neste caso são as pessoas com DPOC.

A descontinuidade no seguimento do tratamento das pessoas com doenças crônicas, somado a pouca vinculação ao serviço e baixa adesão ao tratamento e às ações de promoção de saúde propostas foi motivo de frustração para alguns profissionais da saúde relatado no estudo de Villela et al. (2009). E adicionaram que eles tiveram a sensação de que esses usuários não reconheciam a importância das atividades propostas pela UBS.

Outros estudos abordaram a dificuldade de tratamento continuado pelas pessoas com DPOC. Bourbeau e Bartlett (2008) descreveram que o tratamento continuado é afetado pela percepção das pessoas sobre a sua doença, ao aprenderem com as experiências de viver com uma doença crônica a manejar o tratamento, somente procuravam os serviços de saúde na agudização. A falta de motivação e os insucessos dos projetos terapêuticos também não criavam vínculo dessas pessoas com os serviços de saúde, como descreveu Rand (2005). A falta de apoio familiar e social para superar o esforço de viver com a doença, e a falta de diálogo com os profissionais da saúde foram citados como influências negativas sobre o tratamento contínuo no estudo de Arnold, Bruton e Ellis-Hill (2006).

As dificuldades para acolhimento e vínculo nas UBSs, também foram mencionadas pelas pessoas com DPOC, tais como: espera de um mês ou mais para a consulta; tempo de espera de mais de quatro horas para entrar no consultório; não priorização dos atendimentos nas UBSs e visitas domiciliares quando estas pessoas estão em condição agudizada da doença; indisponibilidade de medicamentos; falta de orientações e acompanhamento para ganho dos medicamentos especiais.

Iara, de 69 anos, estava com a doença em estágio grave, expressou a não priorização dos atendimentos na UBS:

Eu acho que eles deveriam dar prioridade às pessoas idosas, que não tem tanta condição de ficar esperando tanto. Às vezes a gente está lá tem aquelas mulheres jovens, que ficam lá o tempo todo conversando, e que são atendidas antes das pessoas que mais precisam. Lembro algumas vezes que eu fui lá, estava mal, com dor na coluna, cansada, e me colocavam no soro e eu ficava lá deitada, esperando até a hora da consulta. Depois saía dali e ia para o consultório e ficava mais um tempão. Não gostava disso, porque eu

ficava muito nervosa dessa demora toda, eu ficava muito nervosa de ver as pessoas precisando de uma consulta e esperando muito tempo. (Iara)

No entanto, a visão dos profissionais da saúde diferiu dessa perspectiva das pessoas com DPOC, como foi relatado por Priscila, que trabalhava há cinco anos como agente comunitária de saúde:

Aquele senhor que te falei, quando ele chega aqui a gente dá prioridade para ele, porque sabemos que ele não gosta de esperar. É assim para outra senhora também. Se quando eles chegarem e a doutora estiver atendendo, assim que ela dispensar o outro paciente ela já vai atender eles. Só que eles não querem esperar, eles querem chegar e já serem atendidos, por causa da idade e por causa do problema respiratório. (Priscila)

A dificuldade para o acolhimento e o vínculo também foi observado no estudo de Schimith e Lima (2004) no qual relataram filas para a consulta médica, disputa no momento da distribuição das fichas, agenda médica lotada e prioridade de atendimento era para quem chegasse primeiro. No estudo de Souza et al. (2008) foi relatado dificuldades de acesso a exames, falta de medicamentos na farmácia básica, demora para marcação de consultas, falta referência a consultas especializadas e urgências, e não priorização dos atendimentos as pessoas em condições mais graves.

O tratamento que predominou para as pessoas com DPOC foi o medicamentoso, porém não havia uma preocupação por parte dos profissionais da saúde, em como elas iriam adquirir e fazer o uso destes medicamentos. As pessoas relataram que possuíam gastos financeiros com o tratamento, não só para a DPOC, como também para outras comorbidades, e que os medicamentos para a DPOC eram muito onerosos.

Por este motivo, elas optavam por usar uma quantidade diária menor de tais medicamentos ou não compravam por dificuldade financeira. Ainda, não conversavam com os profissionais da saúde sobre isso por medo de represália, expressando a falta de reconhecimento das reais necessidades de saúde dessas pessoas, principalmente se elas tinham condições de realizar o projeto terapêutico proposto.

Houve situações em que foi solicitado pelo médico, medicamentos especiais com possibilidade de obtenção junto a Secretaria Estadual de Saúde. A solicitação partia do médico para que as

pessoas encaminhassem via farmácia central do município. Porém, este é um procedimento que tem necessidade de um conjunto de ações, em que as pessoas precisam de orientação e acompanhamento efetivo dos profissionais da saúde. No entanto, este acompanhamento não era realizado, culminando com a desistência de muitas delas por seus direitos. Houve por parte de outras, até o desconhecimento de tal possibilidade.

A indisponibilidade de medicamento também foi relatado no estudo realizado por De Paula et al. (2011) sobre o acesso das pessoas do programa Hiperdia nas UBSs aos medicamentos essenciais distribuídos pelo Governo Federal. Relataram uma insuficiência do fornecimento dos medicamentos distribuídos por este programa, acrescida do não acesso dos usuários a um grande número de medicamentos que são prescritos para as complicações associadas à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.

Outra dificuldade para a ampliação do “objeto de trabalho” na atenção as pessoas com DPOC se referiu à autonomia. As pessoas com DPOC eram vistas pelos profissionais da saúde como detentoras de autonomia, que elas adquiriram a partir da experiência de viver com uma doença crônica. Porém, essa autonomia era traduzida no poder de escolhas, na qual a pessoa com DPOC escolhia o período em que iria utilizar o medicamento, o momento em que iria procurar o cuidado, o tipo de cuidado e com quem iria realizá-lo. No entanto, fazer escolhas para exercer sua autonomia, requer um conjunto de informações que lhes possibilite fazer uma escolha consciente. Percebemos no estudo, que essas escolhas, na maioria das vezes, foram pautadas em conhecimentos do senso comum e experiências pessoais e de pessoas próximas, e que nem sempre ia ao encontro do que era recomendado pelos profissionais da saúde. Pareceu haver dificuldade de compreender as orientações, uma vez que os profissionais da saúde referiram realizar atividades educativas mais individualizadas.

No estudo de Marin, Santana e Moracvick (2012), idosos com hipertensão arterial, usuários de uma UBS na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, manifestaram autonomia para manejar a sua condição de saúde, ao mesmo tempo em que expressaram dificuldades em lidar com situações cotidianas que interferem nas suas necessidades de saúde. Estes autores adicionaram que a construção de um modelo ampliado de saúde, possibilitava ao usuário da atenção básica a condução da sua própria vida de forma sustentável e perene, devendo a atenção básica considerar que a educação em saúde é um construto da autonomia dos sujeitos.

As UBSs ofereciam atividades educativas de forma coletiva, realizadas em grupos, visando ensinar as pessoas e incentivar a autonomia, como foi referido pelos profissionais da saúde. Essa educação em saúde era realizada em momentos específicos, no qual pessoas da comunidade em geral eram reunidas em um grande grupo, para discussão de temas de interesse de cada UBS. No entanto, havia um interesse maior por temas relativos a diabetes, hipertensão arterial e doenças osteomioarticulares. Além disso, a participação das pessoas com DPOC nesses grupos de educação em saúde era infima, geralmente quando estavam interessados em outros problemas que também afetavam a saúde.

A educação em saúde individual foi referida pelos profissionais da saúde, que reconheciam as limitações que existiam nesta forma educativa. O tempo para a realização das orientações era restrito, somado a dificuldade que, muitas vezes, as pessoas com DPOC tinham, de comparecer ao serviço de saúde. A médica expôs a respeito:

Não tem muitos pacientes que participam dos programas, acredito que é pela restrição que muitos deles têm de virem ao posto, pela questão respiratória. Esses pacientes com DPOC não são muito participantes não, os DPOC grave e moderado. Os leves vêm mais, porque não estão restritos e porque eles têm outros interesses pelas questões de saúde, a parte respiratória ainda não está muito afetada e quando eles têm outros problemas, eles se interessam. O DPOC é o paciente que mais se trabalha particular: eu e ele, não é eu e ele e toda a equipe, o que toda a equipe pode estar fazendo por ele, resolvendo em conjunto, isso daí a gente não têm. (Angela)

O estudo de Hino et al. (2012a) em uma UBS de um município de São Paulo com pessoas com tuberculose demonstrou que a educação em saúde individual foi importante para a formação de vínculo com o serviço de saúde, porém naquela UBS era realizado de forma contínua com as pessoas com tuberculose e sua família. Ressaltaram que a educação em saúde sobre a doença, tratamento e outros recursos disponíveis para o controle da doença, objetivando atribuir-lhes responsabilidade pela própria saúde e possibilitando uma melhor atuação no seu projeto terapêutico, contribuiu para o ganho de autonomia das pessoas. Mas acrescentaram que para a conquista do vínculo e autonomia, seria necessária não só reuniões com a equipe de

saúde para a busca de soluções, como também a realização de encontros frequentes da equipe com a pessoa com tuberculose e sua família, para orientar sobre a doença e tratamento, assim como a necessidade de cuidar melhor da saúde.

A avaliação deste eixo indicou aspectos limitadores para a ampliação da clínica, tais como: a falta de reconhecimento pelos profissionais da saúde dos problemas enfrentados pelas pessoas com DPOC; a falta de acolhimento e vínculo; e a falta de incentivo a autonomia.

Coelho (2008) e Campos (2006) consideram que a grande possibilidade de mudança na linha de ampliação do “objeto de trabalho” em saúde se refere à inclusão da autonomia como objetivo do trabalho clínico e coletivo, de forma que se possa cuidar melhor de si e também dos outros.

A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho.

Os meios e os instrumentos de trabalho referidos pelos participantes incluíram disponibilidade de equipamentos e materiais para o diagnóstico e tratamento, a organização das ações em saúde e a relação com os usuários.

Havia uma limitação no município para a disponibilização de tecnologias para diagnóstico e tratamento da DPOC. Para o diagnóstico, o município disponibiliza apenas um equipamento para o exame de espirometria, motivo pelo qual alguns participantes deste estudo esperaram três meses para a realização, a definição do diagnóstico e o início do tratamento.

Para o tratamento, a disponibilização de medicamentos essenciais que atuam sobre o sistema respiratório não estava continuamente disponível nas UBSs. O “bromidrato de fenoterol” e o “brometo de ipratrópio”, comumente utilizados na inaloterapia pelas pessoas com DPOC, nem sempre eram disponibilizados nas UBSs, para uso no domicílio. Isto gerava a necessidade do deslocamento das pessoas para a realização na UBS, o que aumentava a demanda de atendimentos ou a desistência por parte das pessoas de buscarem essas UBSs. Olavo, de 59 anos, com a doença em estágio muito grave, e que realizava inaloterapia diariamente no domicílio, relatou sobre isso:

No postinho estava indo direto, mas como eu disse para você, toda semana tem que comprar o vidro do remédio da inalação. Eles não dão no posto, custa dezesseis reais, compro toda semana. O postinho não

me dá. Então, não vou mais ao postinho, para que vou ficar indo lá se eles não me dão o que preciso! Daí, faço a nebulização em casa mesmo. (Olavo)

O estudo de Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) objetivou conhecer as necessidades de saúde, segundo a percepção de usuários de um serviço público de saúde do interior paulista. Os autores descreveram que era desejado pelos usuários ter acesso imediato e qualificado às tecnologias de assistência, e que a dificuldade para este acesso demonstrou insatisfação dos usuários pelos serviços de saúde.

A disponibilidade da medicação na rede pública de saúde torna-se um aspecto favorável para a adesão ao tratamento, pois a maioria das pessoas que utilizam as UBSs não dispõem de recursos financeiros para adquirir a medicação, como constatado no estudo de Hino et al. (2012a) com pessoas com tuberculose. O contrário também pode acontecer, como o que observamos em nosso estudo, em que as pessoas com DPOC, com dificuldades financeiras e que não recebem auxílio para medicação na rede pública não aderem ao tratamento.

Como não havia o real conhecimento da demanda de pessoas com DPOC nas regiões de abrangência das UBSs, os profissionais da saúde não buscavam saberes e tecnologias diferentes para intervir no tratamento da pessoa com DPOC na atenção básica. A organização do processo de trabalho das equipes da ESF, não incluía uma avaliação de vulnerabilidade, a utilização de manuais ou protocolos sugeridos pelo Ministério da Saúde para manejar a doença, reuniões das equipes da ESF para compartilhar os problemas vivenciados pelas pessoas com DPOC e a sensibilização dessas pessoas para o tratamento.

Em 2010, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) publicou o Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Respiratórias Crônicas, visando apoiar e orientar as equipes multiprofissionais dos serviços de atenção básica na estruturação da prática clínica às pessoas com doenças crônicas respiratórias. Porém, somente um dos médicos em nosso estudo, relatou conhecimento da existência deste material do Ministério da Saúde, mas que não era familiarizado com o conteúdo.

Nos Estados Unidos, país de maior morbimortalidade por DPOC no mundo, foi realizado um estudo com quinhentos médicos da família e intensivistas, objetivando avaliar o uso de diretrizes no manejo de pessoas com DPOC e somente um quarto dos participantes utilizavam as diretrizes. Constataram também, que em geral, os médicos eram pouco familiarizados com as diretrizes e os médicos intensivistas estavam mais familiarizados que os médicos da família (SALINAS et al., 2011).

Para a ampliação dos meios de trabalho, o poder terapêutico da palavra, do diálogo e da escuta era utilizado pelos médicos das equipes da ESF durante a consulta clínica, os quais eram reconhecidos por isso. As pessoas com DPOC sentiam-se satisfeitas com a consulta prolongada e com a abertura do profissional para conversas. Nesse encontro entre profissional e usuário, há uma busca de produção de vínculo, visto que acontece somente nos raros momentos de consulta clínica que eles mantêm na atenção básica. Basílio, de 71 anos, com a DPOC no estágio moderado, realizou poucas consultas na UBS, porém reconheceu a abertura de diálogo com a médica:

A médica do postinho é muito boa, ela conversa de tudo, pergunta tudo, acho que a consulta dura meia hora ou mais. É bom porque ela tira as nossas dúvidas, ela é uma pessoa que a gente pode perguntar que ela responde, e ela também quer tirar as dúvidas dela com a gente. Então, ela também faz perguntas. Ela parece uma psicóloga, quando você senta lá na consulta você se sente tão bem, porque ela quer saber tudo, quer saber tudo o que esta acontecendo com você. (Basílio)

Sentir-se acolhido pelos profissionais da saúde favoreceu o enfrentamento da doença, no estudo de Hino et al. (2012b). No estudo de Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) constatou-se a importância que o usuário dos serviços públicos de saúde atribuiu ao estabelecimento do vínculo, além do fato de que o médico foi o profissional mais mencionado na relação com o serviço de saúde.

Embora ocorresse uma busca pelo vínculo com a pessoa com DPOC no momento da consulta, o mesmo não acontecia no momento de construir o projeto terapêutico, sendo este realizado de forma verticalizada pelo profissional da saúde. A pessoa com DPOC não negociava seu projeto terapêutico, mesmo não tendo condições de realizá-lo. Recebia a receita medicamentosa, o alerta para cessar o fumo, as orientações de cuidado. No entanto, nem sempre seu contexto de vida, lhe oferecia condições de realização do tratamento.

Uma expressão disso foi trazida por Nadia, de 45 anos, que tinha uma bronquite asmática, e realizava limpezas domésticas diariamente utilizando produtos químicos que agravavam seu estado de saúde, mas como não poderia parar de exercer esse trabalho, escolheu comprar uma “bombinha” que a amiga indicou, e que utiliza somente nos momentos

de crise, pois era mais barato que o medicamento da receita médica. Nadia expressa na sua fala o projeto terapêutico que optou para si:

Trabalho como empregada em duas casas, e não posso usar muito alvejante porque ataca minha bronquite. Mas, eu uso pouco para não acontecer isso. Também levo minha bombinha junto, eu tenho que estar sempre com a bombinha, quando acaba uma eu tenho que ir lá comprar outra. Mas assim, eu não faço todo dia, só quando dá a crise, deu a crise e eu faço a bombinha e quando não dá eu não uso. [...] Essa bombinha não foi médico que me receitou, foi uma amiga minha que tinha bronquite e me deu a bombinha para eu tomar, daí eu comecei a tomar. Ela disse que era bom. (Nadia)

Souza et al. (2010) analisaram a relação entre as singularidades do doente com história de abandono do tratamento de tuberculose e a atenção dispensada pela equipe da ESF, relatando que, por vezes, o doente assume a condição de objeto, sendo colocado à margem do projeto terapêutico, quando deveria assumir o protagonismo na gestão do seu cuidado. Os autores destacaram a falta de vínculo dos profissionais da saúde com os usuários e a condição de objeto na qual eles são colocados, sendo deixado à margem do projeto terapêutico, o que evidencia a fragilidade no que se refere à gestão do seu cuidado. Complementam que a incerteza que as pessoas têm a respeito do diagnóstico de sua doença, associada à pouca familiarização com os recursos da informação acerca da doença e tratamento, exerceram influência sobre a atitude de um tratamento não continuado.

Na avaliação deste eixo, a insuficiência de equipamentos para o diagnóstico da DPOC, a indisponibilidade contínua de medicamentos, o desconhecimento de diretrizes para intervir nessa condição crônica, e projetos terapêuticos verticalizados foram os limitadores indicados na ampliação da clínica.

Um aspecto facilitador para a ampliação da clínica foi o diálogo e a escuta na busca da produção do vínculo. Campos (2006) descreveu que usar o poder terapêutico da palavra e do diálogo é um meio de trabalho para a ampliação da clínica, buscando produzir uma relação dialógica em que terapêutica ou prevenção resultem de um contrato entre profissionais e usuários. Ou enquanto se realiza o trabalho cotidiano nas enfermarias, atendimento individual ou em grupos e atenção domiciliar, utilizar o diálogo para ampliar a capacidade de

compreensão dos sujeitos sobre si mesmo e sobre as relações com a vida. Além disto, ampliar a capacidade de intervenção sobre si mesmo e seu contexto.

Suporte para os profissionais da saúde.

A ampliação da clínica ampliada traz em sua proposta a necessidade de apoiar os profissionais da saúde em suas atividades técnicas, relacionais e políticas. Percebemos que esse apoio ainda não era uma realidade, destacando-se: as fragilidades nas capacitações dos profissionais da saúde sobre as doenças respiratórias crônicas; a inexistência de programas para tratamento específico das pessoas com DPOC; a falta de profissionais da saúde que compõem as ESF; e as mudanças constantes destes profissionais.

Sandra, enfermeira em uma das UBSs expõe que participou de várias capacitações, mas não se recordava de nenhuma que se referia à DPOC:

Talvez faltasse um programa direcionado, uma coisa assim. O que a gente vê é grupo de gestante, hipertenso e diabéticos que é o básico, na verdade é a grande parte da população. DPOC nunca vi, a quantidade também é bem menor. A gente tem muitas capacitações na rede, de DPOC nunca teve nenhuma. Já foi sugerida, não que eu me lembre. Que eu estou na parte da saúde da família. Não que eu me lembre, a gente já teve preventivo, HIV/aids, então, meu Deus! Tem sempre, volta sempre. Tem coisas assim que sempre são faladas. Hepatite, HIV e aids sempre tem capacitação. E de DPOC eu não vejo nada, não vejo ninguém falar nada. Não que eu tenha conhecimento. (Sandra)

Na identificação de desafios na oferta da atenção básica em cinco UBS no Estado de São Paulo, Villela et al. (2009) referiram, como parte dos desafios, a falta de atividades regulares de capacitação e a insuficiência da formação dos profissionais para a promoção de saúde. Os agentes comunitários de saúde desse estudo apontaram ainda dificuldades na identificação das necessidades de saúde dos usuários e no encaminhamento de possíveis soluções.

A partir da concepção de profissionais da saúde quanto ao papel das UBSs na assistência à demanda, em 30 UBS da região metropolitana de São Paulo, Puccini et al. (2012) descreveram a insuficiência e

inadequação de recursos, que emergiu pelo apontamento dos profissionais quanto a falta de unidades na região, insuficiência de médicos, de qualificação técnica do profissional e de acesso ágil aos exames para a população.

A falta de uma política de atenção específica para as pessoas com DPOC, como a existente para pessoas com diabetes e hipertensão arterial, traz dificuldades para os profissionais da saúde se manterem mais envolvidos com essas pessoas. As inúmeras demandas que têm com outros programas, acabam por levá-los a não priorizarem as pessoas com DPOC, mesmo reconhecendo sua importância. A médica da UBS expressa sua opinião a respeito:

Eu não conheço programa para DPOC, acredito que ainda não tenha porque o público para isso ainda não é tão grande. Acho que tudo é uma questão de interesse mesmo, até mesmo de nós profissionais [...] O Ministério da Saúde orienta e preconiza, mas não é algo mandatário como é para diabéticos e hipertensos. A gente acaba se justificando por isso, mas não deveríamos, a gente pode se organizar e começar por nós, como unidade básica. (Angela)

A falta de profissionais da saúde nas ESF, assim como a mudança constante destes foi uma realidade nas duas UBSs estudadas, promovendo rearranjos na organização do trabalho destes profissionais, restringindo a saída deles para a visita domiciliar, para dar conta da demanda na UBS, ou ainda uma jornada dupla de trabalho para substituir o profissional ausente. Essa sobrecarga de trabalho, para compensar a falta de um profissional fez com que, por exemplo, a enfermeira e a técnica de enfermagem de uma das UBSs direcionassem seus trabalhos para a demanda de atendimento na UBS, privando-as de outros tipos de ações em saúde, como expõe o seguinte relato da enfermeira Roberta:

A gente está com falta de funcionário, continuamos ainda, porque nós temos uma técnica da Estratégia de Saúde da Família que está afastada, só tem ela, que supre para nós de manhã e outra a tarde que é efetiva. E nós temos uma demanda muito grande na unidade [...] essa falta de recurso humano é um grande problema para a gente se organizar, por que a gente acaba

atendendo a demanda da unidade, por que ela é grande e não tem como estar fazendo esta prevenção mais individual da pessoa com DPOC. A técnica não consegue fazer um trabalho preventivo e nem eu, porque nós somos absorvidas pela demanda da unidade. (Roberta)

Caçapava e Colvero (2008), objetivando conhecer as estratégias de atendimento em saúde mental na atenção básica, e a maneira como se articulam os serviços de saúde de uma determinada região do município de São Paulo, declararam que a falta de profissionais e a grande demanda na atenção básica leva a dificuldades, relacionadas ao tempo de espera por uma consulta, ao acesso aos serviços de referência que não possuem vagas suficientes para atendimento do município.

A falta e as mudanças constantes de profissionais que compõem as ESF, e a fragilidades nas capacitações desses profissionais, indicou limitações para a ampliação da clínica, nas UBSs estudadas.

As grandes mudanças de profissionais nos serviços de saúde da atenção básica desfavorece a criação de vínculo entre estes e os usuários, e como consequência, compromete a trajetória do tratamento continuado (TRENCH; ROSA, 2008, CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos dificuldades na ampliação da clínica na atenção básica às pessoas com DPOC, avaliados tanto pelos usuários como pelos profissionais da equipe da ESF. Estas dificuldades envolveram desde o reconhecimento das pessoas com DPOC na área de abrangência das UBSs estudadas, na construção do projeto terapêutico, na organização do processo de trabalho das equipes e no próprio sistema.

Destacou-se que as pessoas com DPOC não realizavam um acompanhamento sistemático na atenção básica, o que evidenciou a dificuldade de ampliação da clínica. Os motivos citados foram as dificuldades de acesso a consultas e exames; do acolhimento e vínculo; e a indisponibilidade contínua de medicamentos. Estes fazem com que as pessoas com DPOC não se interessem pelo projeto terapêutico na atenção básica.

Somado a isto, a organização do processo de trabalho das equipes não favoreceu o reconhecimento das reais necessidades de saúde dessa população, não compartilhando diagnósticos e terapêuticas entre a equipe e os outros serviços de saúde, que priorizam atendimentos numa

condição agudizada da doença sem focalizar a prevenção dessas situações. Também o sistema não promove capacitações para a intervenção da pessoa com DPOC, não desenvolve programas específicos para essa doença, dificulta a liberação de medicamentos específicos e estimula a organização das ações em saúde para outros grupos prioritários de doenças crônicas como: pessoas com hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e tuberculose.

É interessante observar que apesar do projeto terapêutico ser verticalizado, centrado na doença, foi reconhecido pelas pessoas com DPOC que quando realizavam consultas nas UBSs com o médico, sentiam-se bem acolhidos, justificando isso pelo tempo prolongado que permaneciam dentro do consultório, pelo exame clínico ampliado, pelos diálogos sobre sua condição crônica e sua vida em geral e por poderem realizar questionamentos e serem respondidos, o que indicava uma aproximação com a ampliação do processo saúde-doença, evidenciando alguns importantes avanços na concepção da clínica ampliada.

Diante disto, espera-se que os resultados do presente estudo forneçam subsídios para a reorganização das ações em saúde em UBSs que prestam assistência às pessoas com DPOC, e que possa contribuir para o avanço da equipe multiprofissional de saúde, na efetivação da referência e contra-referência do projeto terapêutico das pessoas com DPOC entre os diversos profissionais da saúde.

Como limitação deste estudo, salientamos que a coleta de dados não foi dirigida para validar os eixos da clínica ampliada, mas a partir dos dados obtidos acerca da atenção as pessoas com DPOC, depreendeu-se os argumentos acerca da implementação da clínica ampliada.

Este estudo demonstrou a urgência na melhor instrumentalização do profissional da saúde que atua na atenção básica as pessoas com DPOC, de forma que o ajude a compreender a real necessidade desse usuário e a buscar caminhos para a assistência integral e humanizada.

O crescente número de pessoas com DPOC e suas consequências na qualidade de vida dessas pessoas, gerando também ônus para o sistema, justifica um maior investimento e política de atenção às pessoas com DPOC, de forma que profissionais da saúde incorporem a atenção à pessoa com DPOC em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do

modelo assistencial. **Interface - Comunic. Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ARNOLD, E.; BRUTON, A.; ELLIS-HILL, C. Adherence to pulmonary rehabilitation: A qualitative study. **Respiratory Medicine**, v. 100, n. 10, p. 1716-23, 2006.

BOURBEAU, J.; BARTLETT, S. J. Patient adherence in COPD. **Thorax**, v. 63, n. 9, p. 831-38, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: Caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Cadernos de atenção básica. n^o 25. Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 573-80, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde Paidéia. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 185p.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871 p.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S, GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. 411 p.

COELHO, B. I. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S, GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. 411 p.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Suppl. 1, p. 1523-31, 2009.

DE PAULA, P. A. B. et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2623-33, 2011.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. Updated. Washington (EUA): National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization workshop report. 2013.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 650-56, 2012.

HINO, P. et al. Conocimiento del equipo de salud de la familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2012a.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1438-45, 2012b.

HSIEH, H. F; SHANNON,S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res**, v. 15, n. 9, p. 1277-88, 2005.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde

da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Suppl. 1, p. 1463-72, 2009.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MORACVICK, M. Y. A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 103-110, 2012.

MARTINS, C. C. F. et al. **A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica à luz da clínica ampliada**. 2009. Anais do 2º seminário nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id19r0.pdf> Acesso em: 28 fev 2011.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Suppl. 1, p. 873-80, 2011.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 379-89, 2010.

PINI, J. S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 372-79, 2012.

PUCCINI, P. T. et al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2941-52, 2012.

RAND, C. S. Patient adherence with COPD therapy. **Eur Respir Rev**, v. 14, n. 96, p. 97-101, 2005.

SALINAS, G. D. et al. Barriers to adherence to chronic obstructive pulmonary disease guidelines by primary care physicians. **International Journal of COPD**, v. 6, p. 171-79, 2011.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 487-94, 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 240 p.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, suppl. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 904-11, 2010.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1054-62, 2009.

TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 2, p. 207-16, 2008.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1316-24, 2009.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, uma pesquisa avaliativa e qualitativa, permitiu apreender as experiências dos sujeitos envolvidos na atenção à saúde das pessoas com DPOC, que foram os profissionais da saúde e as próprias pessoas com DPOC como usuários da atenção básica.

A partir dos resultados do estudo evidenciamos que a tese defendida de que a atenção básica que promove um viver mais saudável e com menor sofrimento físico e emocional de pessoas com DPOC, envolve acolhimento, vínculo, diagnóstico precoce, acesso aos cuidados e tratamentos, atendimento por equipe multiprofissional com referência e contra-referência, convergente ao que está proposto nas políticas de saúde no Brasil ainda não é uma realidade no município estudado.

Pôde-se evidenciar que as limitações, perdas e dependências acarretadas pela DPOC, somadas às barreiras para o uso da atenção básica e as limitações para a ampliação da prática clínica, foram aspectos que comprometeram a participação das pessoas com DPOC em seu projeto terapêutico e que as levaram a não manter um tratamento continuado para um viver mais saudável e com menor sofrimento físico e emocional.

A avaliação qualitativa, deste estudo, permitiu revelar informações sobre a experiência de viver com uma doença crônica como a DPOC, demonstrada no primeiro manuscrito. Os participantes, em sua maioria, idosos e com a doença em estágio grave e muito grave, expressaram os efeitos prejudiciais desta doença progressiva e debilitante, que tira o brilho da vida. Pareciam ecoar pensamentos semelhantes ao descreverem os efeitos da doença em suas vidas. A maioria das expressões era em torno de sentimentos de tristeza pelas limitações, perdas e dependência que a doença impôs pela presença da dispnéia constante, tais como: as limitações para realizarem as atividades cotidianas da vida; a perda das atividades laborais e do convívio social; e a dependência de outras pessoas, de medicamentos e de serviços de saúde, principalmente os emergenciais.

Expressaram também que diante das limitações, desenvolveram estratégias de enfrentamento para lidar com a condição crônica, como diminuir o ritmo de realização das atividades, passando a fazer de forma lenta e com pausas para descanso, para que lhes permitissem levar a vida o mais normal possível.

O apoio da família foi citado como uma forma de superar os entraves que a doença impôs. Os cônjuges ou os filhos passaram a serem pontos fundamentais para os cuidados pessoais, e para outras atividades

como zelar a casa, fazer compras, pagar contas, buscar medicamentos e resultados de exames. Muitas vezes, os papéis exercidos pelo homem e pela mulher, acabavam se invertendo ou um deles, o que não tinha a DPOC, assumia toda a responsabilidade pela casa. No entanto, os serviços de saúde, principalmente os da atenção básica, não apareceram com o destaque esperado, que foi compreendido quando indicado por estas pessoas, existir inúmeras barreiras para um cuidado em saúde efetivo.

A utilização do modelo comportamental de Andersen no segundo manuscrito constituiu-se uma abordagem valiosa para avaliar o desenvolvimento da atenção à saúde da pessoa com DPOC na perspectiva dos usuários, mais especificamente na identificação de barreiras para o acesso e o uso dos serviços de saúde, tanto pela teoria que possibilitou um aprofundamento do fenômeno estudado, como pela consideração da influência de diferentes determinantes, tais como, dos fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades em saúde. Esses determinantes permitiram a compreensão de que as barreiras que mais estavam presentes para o uso dos serviços da atenção básica pelas pessoas com DPOC, estavam relacionadas aos fatores capacitantes, que são aqueles que indicam a existência de barreiras econômicas, geográficas e/ou na organização dos serviços de saúde.

Por sua vez, a maior manifestação dos usuários foi para a organização dos serviços de saúde. As pessoas com DPOC se depararam com dificuldades para aquisição de medicamentos específicos; tempo de espera prolongado para a consulta e o exame para diagnóstico da doença, após o agendamento dos mesmos; e tempo de espera prolongado para realizar a consulta no dia agendado.

Por si só, a existência dessas barreiras para o uso dos serviços da atenção básica no município estudado, indicaram dificuldades na implementação das políticas de saúde. A ampliação dessa análise com o foco nos eixos da clínica ampliada e a inclusão das experiências dos profissionais da saúde no terceiro manuscrito, permitiu identificar no desenvolvimento da atenção à saúde da pessoa com DPOC, as limitações e as facilidades para o desenvolvimento de um cuidado convergente as necessidades de saúde desses usuários.

Foi possível evidenciar através da avaliação dos cinco eixos da clínica ampliada, dificuldades decorrentes da forma de organização dos serviços de saúde, uma vez que no primeiro eixo “compreensão ampliada do processo saúde doença”, destacou-se: a dificuldade de reconhecimento das pessoas com DPOC por parte dos profissionais da saúde; falta de registros adequados acerca dessa doença; processo de

trabalho nas UBSs voltado para o atendimento da demanda; centralidade das ações na doença e na agudização da DPOC; e a falta de tempo para a educação em saúde.

Através do segundo eixo da clínica ampliada “construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas”, também foi evidenciado dificuldades nos aspectos organizacionais dos serviços de saúde, como: a falta de interação entre os profissionais de uma mesma equipe da ESF das UBSs, e desta equipe com os demais serviços da atenção básica, demonstrando o não compartilhamento de diagnósticos e terapêuticas entre a equipe e a insuficiência de referência e contra-referência com os serviços especializados e equipe multiprofissional.

No terceiro eixo “ampliação do objeto de trabalho”, as limitações na ampliação da clínica foram evidenciadas pela baixa participação das pessoas com DPOC em seu projeto terapêutico, pois a procura pelos serviços de saúde ocorria principalmente no momento de agudização da doença. Em virtude disso, houve dificuldade por parte dos profissionais da saúde, em realizarem um tratamento continuado com as pessoas com DPOC, com acolhimento, estabelecimento de vínculo e estímulo a autonomia do sujeito, convergente ao que propõe as políticas de saúde no Brasil.

Os participantes do estudo demonstraram na avaliação do quarto eixo “a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho”, a insuficiência de tecnologias para o diagnóstico e tratamento da DPOC, como: dificuldade à aquisição de medicamentos especiais; a indisponibilidade contínua de medicamentos básicos; e apenas um equipamento no município para a realização do exame de espirometria. Ainda, a falta da inclusão da avaliação de riscos e vulnerabilidades da população para a DPOC; utilização de manuais ou protocolos para intervir na doença; e reunião da equipe para compartilhar os problemas vivenciados pelas pessoas com DPOC, na organização do processo de trabalho das equipes da ESF nas UBSs.

Foi importante observar no quarto eixo, que apesar do projeto terapêutico ser verticalizado e centrado na doença, foi reconhecido pelas pessoas com DPOC que quando realizavam consultas nas UBSs com os médicos, sentia-se bem acolhido, justificando isso pelo tempo prolongado que permaneciam dentro do consultório, pelo exame clínico ampliado, pelos diálogos sobre sua condição crônica e seu cotidiano, pela escuta do profissional da saúde, e por poderem realizar questionamentos e obterem respostas, o que indicava uma aproximação com a ampliação do processo saúde-doença, evidenciando alguns importantes avanços na concepção da clínica ampliada.

Na avaliação do quinto eixo “suporte para os profissionais da saúde”, destacou-se na limitação da clínica ampliada: a inexistência de capacitações e programas de tratamento específicos para as doenças respiratórias crônicas no município estudado; a falta de profissionais da saúde que compõem as equipes da ESF; e as mudanças constantes destes profissionais.

Nem sempre as perspectivas dos usuários e dos profissionais da saúde convergiram. Os aspectos que evidenciaram essas divergências foi em relação a referência do especialista pelos médicos das UBSs, os quais relataram encaminhar para outros profissionais, porém a maioria dos usuários procurou os especialistas por iniciativa própria; o tratamento fisioterápico, não foi reconhecido pelos usuários como uma alternativa de tratamento, mas os médicos expuseram incentivar este tipo de tratamento; os usuários expressaram a não priorização dos atendimentos nas UBSs quando os mesmos estavam em condição de agudização da doença, contudo os profissionais da saúde destacaram que a priorização dos atendimentos para esses usuários era algo positivo na organização dos serviços daquelas UBSs.

Os resultados desse estudo evidenciaram, portanto, a necessidade de modificações na prática clínica da atenção à saúde da pessoa com DPOC para uma proximidade da clínica ampliada. Demonstraram a necessidade de maior envolvimento dos profissionais na atenção à saúde dessas pessoas, especialmente para educar sobre o tratamento continuado; estratégias de melhor conviver com a doença, como as formas de economizar energia nas atividades de vida diária, ensinado a importância de não parar de realizá-las para evitar entrar no ciclo vicioso da doença; o incentivo a adesão aos programas de cessação do tabagismo que é um dos programas investidos pelo governo brasileiro às pessoas que desenvolveram ou não a DPOC, mas que continuam com o hábito do tabagismo; orientação e acompanhamento do processo para a aquisição dos medicamentos especiais pelo sistema de saúde; e referenciar a equipe multiprofissional, para complementação do tratamento.

É necessária também a instrumentalização dos profissionais da saúde, de forma a ampliar a compreensão sobre as específicas situações de saúde das pessoas com DPOC e a buscar caminhos para um cuidado integral e humanizado, como se deseja nas políticas de saúde.

Para uma melhora na prática clínica dos profissionais envolvidos no cuidado das pessoas com DPOC, principalmente à ampliação dessa clínica, faz-se necessário reconhecer as pessoas expostas aos fatores de risco e aquelas que já possuem a doença na comunidade. Também

reconhecer os impactos que essa condição crônica traz a vida das pessoas, especialmente quando a doença evoluiu para o estágio mais grave, pois o controle dos sintomas, especificamente o controle da dispneia, desempenha uma das mais importantes ações na atenção a saúde da pessoa com DPOC, já que a dispneia afeta a dimensão biológica, psicológica e social dos sujeitos, como pôde se evidenciar com os resultados deste estudo. Portanto, deve ser levado em conta para a ampliação da clínica, que o sujeito é multidimensional, sofre influência do ambiente e é passível de modificações, pois a doença não ocupa todo o lugar na sua vida.

Diante disto, espera-se que os resultados deste estudo forneçam subsídios para a reorganização das ações em saúde em UBSs que prestam cuidado às pessoas com DPOC, e que possa contribuir para o avanço do trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar de saúde, na efetivação da referência e contra-referência do projeto terapêutico das pessoas com DPOC entre os diversos profissionais da saúde.

Este estudo trouxe alguns benefícios específicos durante a sua realização, como: realização de exames espirométricos para pessoas que apresentavam a sintomatologia, porém não tinham confirmação diagnóstica; incentivo às equipes da ESF das UBSs no auxílio a aquisição de medicamentos específicos pelo sistema de saúde aos participantes que relataram tais dificuldades; orientação aos participantes sobre os procedimentos necessários para aquisição de oxigenioterapia domiciliar pelo sistema de saúde estadual; referência de participantes a outros tratamentos como o fisioterápico, estimulando a atenção à saúde multiprofissional; despertou nos profissionais da saúde, a partir das entrevistas a vontade para buscarem reconhecer as pessoas com DPOC na comunidade e suas reais necessidades de saúde, assim como a criação de programas específicos para tratamento dessas pessoas.

Outros estudos deverão ser realizados para avaliar mais diretamente a execução das políticas de saúde na perspectiva das pessoas que são os sujeitos dessas políticas, ou seja, as pessoas com DPOC em outros municípios brasileiros com demanda aumentada dessa condição crônica.

Este estudo teve algumas limitações que devem ser levadas em consideração. Em primeiro lugar o estudo foi desenvolvido com pessoas com DPOC adscritas em apenas duas UBSs do município estudado, que se localizavam próximas ao centro da cidade, no qual se encontravam a maioria dos núcleos de serviços de saúde pública do município para a

realização de tratamento e para a aquisição de informações, além da maior facilidade de acesso físico, com ruas pavimentadas e serviços de transporte coletivo. Uma vez que situações específicas de cada comunidade podem diferenciar as experiências de viver com a doença e o tratamento, por exemplo, viver num bairro afastado do centro da cidade com precárias condições sanitárias, pavimentação das ruas e transporte coletivo.

Em segundo lugar, todos os participantes tinham uma renda familiar baixa, além de viverem em bairros pobres, e não se pode presumir que suas experiências de viver com a doença e o tratamento possam ser extrapoladas para as pessoas com melhores condições financeiras e habitacionais.

A crescente demanda de pessoas com DPOC e suas implicações na qualidade de vida, gerando também maior ônus para o sistema público de saúde, justifica um maior investimento na atenção à saúde dessas pessoas, no que refere a criação de uma política de saúde própria, assim como existe para outros grupos prioritários de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, a diabetes, a hanseníase e a tuberculose. Outro importante investimento deveria ser a criação de programas de reabilitação pulmonar conduzidos por equipes multiprofissionais, como aquele referenciado no Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Respiratórias Crônicas, publicado pelo Ministério da Saúde, como um programa que traz benefícios a comunidade, porém é o único existente na rede pública de saúde. Vale destacar que este programa é realizado no município de Florianópolis envolvendo profissionais das equipes da ESF, fisioterapeutas, educadores físicos e nutricionistas, desde a atenção à saúde primária, secundária e terciária.

Identificamos também a necessidade da criação de capacitações dos profissionais da saúde sobre as doenças respiratórias crônicas na atenção básica; incentivo a utilização pelos profissionais da saúde das diretrizes publicadas no Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Respiratórias Crônicas; e, sobretudo, facilitar o acesso e orientação para aquisição dos medicamentos especiais pelas pessoas com DPOC. Também facilitar o acolhimento nos serviços de saúde, oferecendo prioridade de atendimento as pessoas em condição crônica grave e em idade avançada, momento em que há maior suscetibilidade do aparecimento de outras morbidades.

6. REFERÊNCIAS

AISANOV, Z. et al. Primary care physician perceptions on the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease in diverse regions of the world. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 7, p. 271-82, 2012.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 605-15, 2004.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar (USP), Banco Itaú, 1998. 43 p.

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 174 p.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic. Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMERICAN THORACIC SOCIETY; EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. **Standards for the diagnosis and management of patients with COPD**. Guideline COPD. 2004. Disponível em: <<http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/resources/copddoc.pdf>> Acesso em: 05 jul 2010.

_____. ATS/ERS Statement on pulmonary rehabilitation. **Am J Respir Crit Care Med**. v. 173, p. 1390-413, 2006.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 871p

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 583-92, 2004.

BARNES, P. J.; CELLI, B. R. Systemic manifestations and comorbidities f COPD. **Eur Respir J**, v. 33, n. 5, p. 1165-85, 2009.

BARNETT, M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. **Journal of Clinical Nursing**, v. 4, n. 7, p. 805-12, 2005.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais em saúde entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, suppl. 2, p. 198-208, 2011.

BOLÍBAR, I. et al. Assessment of a primary and tertiary care integrated management model for chronic obstructive pulmonary disease. **BMC Public Health**, v. 9, n. 68, p. 1-11, 2009.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-53, 2007.

_____. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 375 p.

BOURBEAU, J.; BARTLETT, S. J. Patient adherence in COPD. *Thorax*, v. 63, n. 9, p. 831-38, 2008.

BRASIL. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Budesonida, beclometasona, fenoterol, salbutamol, formoterol e salmeterol para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica**. Portaria SCTIE nº 29 , de 26 de setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. 2011. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4208202514109> Acesso em: 06 abr 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Cadernos de atenção básica. n. 25. Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Estatística e informação em saúde**. VIGITEL. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 29 abr 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Cadernos de Texto. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. DATASUS. 2008b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>> Acesso em: 21 jan 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. DATASUS. 2010c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>> Acesso em: 29 jan 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional Humaniza SUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf> Acesso em: 22 mar 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Treinamento introdutório/Milton Menezes da Costa Neto. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para asma grave. Portaria nº 1.012, de 20 de dezembro de 2002.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 573-80, 2008.

CAMELIER, A. et al. Avaliação da qualidade de vida pelo questionário do hospital Saint George na doença respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 32, n. 2, p. 114-122, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 185p.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871 p.

CAMPOS, G. W.S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-59, 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S, GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. 411 p.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 871p

CELLI, B. R. et al. Standards for the diagnosis and treatment of patient with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. **Eur Respir J**, v. 23, p. 932-46, 2004.

CHEN, K. H. et al. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 6, p. 595-604, 2008.

COELHO, B. I. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S, GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. 411 p.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Suppl. 1, p. 1523-31, 2009.

COONEY, D. et al. Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for 'controlled co-existence'. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 705-711, 2006.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDEIA. In: CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. 411 p.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 209 p.

DE PAULA, P. A. B. et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2623-33, 2011.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Strategies of qualitative inquiry**. Los Angeles: SAGE publications, 2008. 427 p.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, p. 103-07, 1997.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 607 p.

DYNIEWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 199-212, 2004.

EFRAIMSSON, E. O.; HILLERVIK, C.; EHRENBERG, A. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. **Scand J Caring Sci**, v. 22, p. 178-85, 2008.

EK, K.; TERNESTEDT, B. M. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 4, p. 470-78, 2008.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FOSTER, J. A.; et al. Enhancing COPD management in primary care settings. **Med Gen Med**. v. 9, n. 3, p. 24-32, 2007.

FRASER, D. D.; KEE, C. C.; MINICK, P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 5, p. 550-38, 2006.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. 871 p.

GEORGE, J.; KONG, D. C. M.; STEWART, K. Adherence to disease management programs in patients with COPD. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 2, n. 3, p. 253-62, 2007.

GIACOMINI, M. et al. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. **Ontario Health Technology Assessment Series**, v. 12, n. 13, p. 1-47, 2012.

GOLDSTEIN, R. S. et al. Pulmonary rehabilitation. A review of the recent literature. **Chest**, v. 142, n. 3, p. 738-49, 2012.

GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. Updated 2013. Washington (EUA): National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization workshop report. 2013.

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/aids no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 789-97, 1999.

GOSELINK, R. et al. Impact of inspiratory muscle training in patients with COPD: what is evidence? **Eur Respir J**, v. 37, p. 416-25, 2011.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 650-56, 2012.

GULLICK, J.; STANTON, M. C. Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing*, v. 64, n. 6, p. 605-14, 2008.

HERNANDES, N. A. et al. Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 10, p. 949-56, 2009.

HINO, P. et al. Conocimiento del equipo de salud de la familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2012a.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1438-45, 2012b.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res**, v. 15, n. 9, p. 1277-88, 2005.

JENNINGS, J. H. et al. The association between depressive symptoms and acute exacerbations of COPD. *Lung*, v. 187, n. 2, p. 128-35, 2009.

JOHNSTON, K. N. et al. Why are some evidence-based care recommendations in chronic obstructive pulmonary disease better implemented than others? Perspectives of medical practitioners. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 6, p. 659-67, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. 31, p. 343-55, 2009.

KERKOSKI, E. **Qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica**. 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

KERKOSKI, E.; BORENSTEIN, M. S.; SILVA, D. M. G. V. Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 825-32, 2010.

KERKOSKI, E.; SILVA, D. M. G. V. **Contribuições da educação em saúde na qualidade de vida realizada na atenção primária as pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica**. 2011. Não publicado.

LANGER, D. et al. Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Bras Fisioter**, v. 13, n. 13, p. 183-204, 2009.

LIMA, D. M. G.; VENTURA, L. O.; BRANDT, C. T. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arq Bras Oftalmol**, v. 68, n. 3, p. 357-62, 2005.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Suppl. 1, p. 1463-72, 2009.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008.

LUNDBACK, B. et al. Obstructive lung disease in northern Sweden studies. Not 15 but 50% of smokers develop COPD? - Report from the obstructive lung disease in northern Sweden studies. **Respir Med**, v. 97, n. 2, p. 115-22, 2003.

MACHADO M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARCINIUK, D. D. et al. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. **Can Respiratory Journal**, v. 18, n. 2, p. 69-78, 2011.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MORACVICK, M. Y. A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 103-110, 2012.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 81-92, 2008.

MARTINS, C. C. F. et al. **A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica à luz da clínica ampliada**. 2009. Anais do 2º seminário nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id19r0.pdf> Acesso em: 28 fev 2011.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Suppl. 1, p. 873-80, 2011.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um

estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2740-48, 2007.

MAURER, J. et al. Anxiety and depression in COPD. Current understanding, unanswered questions, and research needs. **Chest**, v. 134, suppl. 4, p. 43-56, 2008.

McKENZIE, D. K. et al. The COPDX Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease, **MJA**, v. 178, suppl. 6, p. 1-40, 2003.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-25, 2009.

MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 375 p.

MERCADO, F. J. et al. O atendimento médico aos doentes crônicos no México. Quais as diferenças entre a perspectiva dos médicos, das enfermeiras e das pessoas doentes? In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 607 p.

MERCADO, F. J. et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 375 p.

MOORE, P. L. practice management and chronic obstructive pulmonary disease in primary care. **The American Journal of Medicine**, v. 120, suppl. 8A, p. 23-27, 2007.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 379-89, 2010.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

NORRHALL, M. F. et al. A feasible lifestyle program for early intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a pilot study in primary care. **Primary Care Respiratory Journal**, v. 18, n. 4, p. 306-12, 2009.

NUSSBAUMER-OCHSNER, Y.; RABE, K. F. Systemic manifestations of COPD. **Chest**, v. 139, n. 1, p. 165-73, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção e controle de doenças. Doenças respiratórias crônicas**. 2008.

Disponível em:

<http://www.opas.org.br/prevencao/mos_info.cfm?codigodest=226>

Acesso em: 25 jan 2011.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-85, 2006.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, p. 471-82, 2008.

PAULIN, E.; BRUNETTO, A. F.; CARVALHO, C. R. F. Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal de Pneumologia**, v. 29, n. 5, p. 52-63, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-09, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R;

MATTOS R. A. **Cuidando as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 319 p.

PINI, J. S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 372-79, 2012.

PINTO, J. M. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; NATIONS, M. K. Sopro de vida: experiência com a doença pulmonar obstrutiva crônica na pobreza urbana de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2809-18, 2008.

PITTA, F. et al. Are patients with COPD more active after pulmonary rehabilitation? *Chest*, v. 134, n. 2, p. 273-280, 2008.

PITTA, F et al. Potencial consequences for stable chronic obstructive pulmonary disease patients who do not get the recommended minimum daily amount of physical activity. **J Bras Pneumol**, v. 32, n. 4, p. 301-308, 2006.

PROBST, V. S. et al. Effects of 2 exercise training programs on physical activity in daily life in patients with COPD. **Respir Care**, v. 56, n. 11, p. 1799-807, 2011.

PUCCINI, P. T. et al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2941-52, 2012.

RADIN, A.; COTE, C. Primary Care of the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Part 1: Frontline Prevention and Early Diagnosis. **The American Journal of Medicine**, v. 121, suppl. 7A, p. 3-12, 2008.

RAND, C. S. Patient adherence with COPD therapy. **Eur Respir Rev**, v. 14, n. 96, p. 97-101, 2005.

RANST, D. V. et al. Outcome of pulmonary rehabilitation in COPD patients with severely impaired health status. **Internacional Journal of COPD**, v. 6, n. 1, p. 647-57, 2011.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia da saúde da família (PSF). **Rev. Lat Am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-64, 2004.

RICKETTS, T. C.; GOLDSMITH, L. J. Access in health services research: The battle of the frameworks. **Nurs Outlook**, v. 53, n. 6, p. 274-80, 2005.

RIES, A. L. et al. Pulmonary reabitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. **Chest**, v. 131, suppl. 5, p. 4-42, 2007.

SALINAS, G. D. et al. Barriers to adherence to chronic obstructive pulmonary disease guidelines by primary care physicians. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 6, p. 171-79, 2011.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTUS, P. et al. Pulmonary rehabilitation in COPD: a reappraisal (2008-2012). **Pulmonary Medicine**. v. 2013, p. 1-8, 2013.

SCANLON, P. D. et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 161, p. 381-90, 2000.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 487-94, 2004.

SILVA, D. M. G. V. et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Lat Am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 7-14, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO,

A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 240 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **J Bras Pneumol**, v. 30, suppl. 5, p. 1-42, 2004.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, suppl. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 904-11, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TANAKA, O. Y., MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 607 p.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1054-62, 2009.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-89, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 2, p. 190-98, 2004.

TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 2, p. 207-16, 2008.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-69, 2002.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1316-24, 2009.

WYRWICH, K. W. et al. Measuring patient and clinician perspectives to evaluate change in health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Society of General Internal Medicine**, v. 22, n. 2, p. 61-70, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chronic obstructive pulmonary disease. Media centre. 2011. Disponível em:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>>

Acesso em: 25 jan 2011

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE COLETA PARA DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

UBS: _____

SEXO: Masculino () Feminino ()

RAÇA: _____ (Classificado pela própria pessoa)

IDADE (em anos completos): _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NÍVEL EDUCACIONAL

- Analfabeto ()
- Ensino fundamental incompleto ()
- Ensino fundamental completo ()
- Ensino médio incompleto ()
- Ensino médio completo ()
- Ensino superior incompleto ()
- Ensino superior completo ()
- Pós-Graduação incompleto ()
- Pós-Graduação completo ()

ESTADO CIVIL

- Solteiro (a) ()
- Casado (a) ()
- Vivendo como casado (a) ()
- Divorciado (a) ()
- Viúvo (a) ()

RENDA MENSAL

- Até 1/2 SM ()
- De 1/2 a 1 SM ()
- Mais de 1 a 2 SM ()
- Mais de 2 a 3 SM ()
- Mais de 3 a 5 SM ()
- Mais de 5 a 10 SM ()

PROFISSÃO: _____

OCUPAÇÃO ATUAL: _____

MEDICAMENTOS: _____

TABAGISMO:

Nº maços: _____

Anos de fumo: _____

Tempo de cessação: _____

DOENÇAS ASSOCIADAS: Diabetes ()

HAS ()

Depressão ()

DAC ()

Doença Vascular ()

Outra _____

APÊNDICE 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM AS PESSOAS COM DPOC

1. Me conta sua história, desde que descobriu a doença pulmonar.
2. O que o(a) Sr.(a) sente?
3. O que o(a) Sr.(a) consegue fazer?
4. O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém?
5. Como é sua família?
6. E o(a) Sr.(a) recebe visitas ou sai de casa?
7. E o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa por causa do problema de saúde?
8. Quais são suas maiores preocupações?
9. O que mais o(a) Sr.(a) faz para tratar dos problemas de saúde?
10. E no posto de saúde, o(a) Sr.(a) lembra da última vez em que esteve lá? Me conte como foi?
11. O(a) Sr.(a) ganha algum medicamento no posto de saúde?
12. Como o(a) Sr.(a) faz para fazer exames se precisar?
13. O(a) Sr.(a) já foi indicada a outro profissional de saúde?
14. Se estivesse em suas mãos a possibilidade de mudar os atendimentos à saúde o que o(a) Sr.(a) mudaria?
15. O(a) Sr.(a) quer falar me falar mais alguma coisa que não perguntei?

APÊNDICE 3

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

1. Como é um dia de trabalho seu?
2. Me fale quando uma pessoa com DPOC vem aqui na unidade o que você faz por ela?
3. O que você tem observado nas pessoas com DPOC que frequentam esta unidade?
4. E o que os outros integrantes da equipe fazem por estas pessoas?
5. Quais são os problemas que você percebe que estas pessoas passam?
6. O que a unidade faz para o atendimento dessas pessoas?
7. Que programas são oferecidos pela UBS para as pessoas com problemas respiratórios?
8. O que você considera que é a melhor coisa que esta unidade esta fazendo por estas pessoas?
9. Quais são os problemas que você acha que a unidade tem para atender estas pessoas?
10. Como você tem percebido a relação destas pessoas com a UBS?
11. Agora vamos falar do Sistema de Saúde, o que você acha que o SUS esta fazendo pelos atendimentos a estas pessoas?
12. Você tem escutado sobre a Clínica Ampliada? O que você acha que a Clínica Ampliada tem melhorado nos atendimentos as pessoas com DPOC?
13. Desde que você entrou na UBS que mudanças você observou em relação a atenção as pessoas com DPOC?
14. Como você descreveria a comunidade que vem a UBS e a que não vem?
15. O que você acha que precisa para melhorar seu trabalho com estas pessoas ?

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre o que é esta pesquisa e aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma ou terá qualquer tipo de consequência em seu atendimento.

A pesquisa é intitulada como: Avaliação Qualitativa da Atenção Básica as Pessoas Com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica na Perspectiva da Clínica Ampliada, tendo como objetivo compreender através da sua opinião como é realizado o tratamento que o (a) senhor (a) recebe no posto de saúde no município.

É importante sua participação, pois através da sua opinião, podem-se ampliar os conhecimentos sobre o tratamento que pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica vêm recebendo no sistema público, podendo permitir que os profissionais de saúde planejem e organizem novas práticas que promovam ações em saúde em prol às necessidades dos usuários.

Se o (a) senhor (a) decidir participar, a pesquisadora irá fazer uma entrevista envolvendo perguntas sobre o tratamento que o (a) senhor (a) recebe para a doença pulmonar obstrutiva crônica, que irá durar aproximadamente duas horas. No momento da entrevista se o (a) senhor (a) autorizar gostaríamos de gravar através de gravador digital de voz, lembrando que essas gravações não serão divulgadas, e servirão apenas, para facilitar o processo de análise da pesquisa.

A entrevista será realizada de acordo com sua disposição de local e horário, com a presença apenas da pesquisadora. Se houver preferência da entrevista em sua residência ou se houver preferência que a entrevista seja realizada no posto de saúde, a pesquisadora irá combinar o dia e a hora.

Isto não traz riscos, embora precisamos dispor de um tempo para a entrevista, o recebimento da pesquisadora na sua residência ou o deslocamento até o posto. Caso tenha deslocamento, os custos serão pagos pela pesquisadora.

Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida em relação à pesquisa, a qualquer momento do seu desenvolvimento, ou quiser desistir de fazer parte dele, sem haver qualquer prejuízo no seu tratamento no posto de saúde, poderá entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa, pessoalmente ou nos telefones citados sem que haja obrigação de esclarecimentos. O (a) senhor (a) será resguardado pelo sigilo absoluto de seus dados pessoais e de sua participação nessa pesquisa.

As informações fornecidas por você serão confidenciais e os resultados da pesquisa serão divulgados após a conclusão do estudo através da realização de uma palestra que será desenvolvida pelas próprias pesquisadoras, para a qual você será convidado a participar, bem como em publicação de artigos que o (a) senhor (a) irá receber pessoalmente pela pesquisadora ou apresentação em eventos científicos.

Por se tratar de trabalho acadêmico sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração decorrente da participação da pesquisa.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu _____ RG _____,
abaixo assinado, concordo em participar como sujeito do estudo:
“Avaliação qualitativa da atenção primária à saúde de pessoas com
doença pulmonar obstrutiva crônica na perspectiva da clínica ampliada”.
Fui devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos e método,
bem como do meu direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer
penalidade ou interrupção de meu tratamento no posto de saúde.

Itajaí, ____ de _____ de 2011.

Nome:


Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Pesquisador Responsável: Edilaine Kerkoski
Telefone para contato: 3341 7655 / 9151 4070
E-mail: edilaine@univali.br

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos a respeito da
pesquisa poderá ser obtida junto à pesquisadora responsável Edilaine
Kerkoski (Fisioterapeuta, COFFITO 25.137F/SC) ou sua orientadora,
professora Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (Enfermeira
COREn/SC 15.644).

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências
da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário –
Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88.040-900 Telefone: 0 xx 48 – 3721-
9480 E-mail: Denise_guerreiro@hotmail.com



Edilaine Kerkoski



Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

ANEXOS

ANEXO 1

FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2006

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2006 **FR:** 425233

TÍTULO: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PESSOAS COM DPOC NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA

AUTOR: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA, EDILAINE KIRKOSKI

FLORIANÓPOLIS, 27 de Junho de 2011.

Coordenador do CEPSH/UFSC