

**RENATA MACHADO BECKER**

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS  
PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Promoção da saúde no processo de viver humano e enfermagem.

**Orientadora:** Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann.

**Florianópolis  
2017**

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

Becker, Renata Machado Becker

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM  
DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA /  
Renata Machado Becker ; orientador, Dra. Ivonete  
Teresinha Schülter Buss Heidemann - Florianópolis, SC, 2017.  
257 p.

- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Promoção da Saúde. 3. Atenção Primária à  
Saúde. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Doença Crônica. I.  
Heidemann, Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

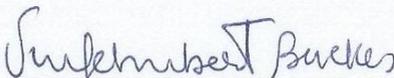
**RENATA MACHADO BECKER**

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS  
PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

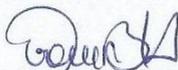
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 14 de Fevereiro de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

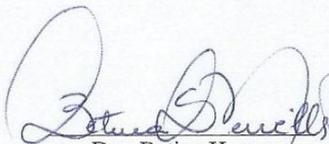


Dra. Wânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

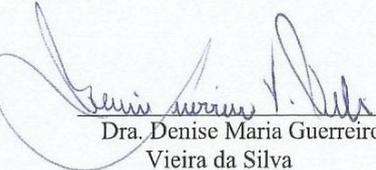
**Banca Examinadora:**



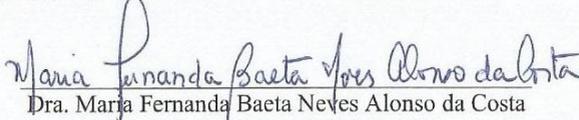
Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann  
Presidente



Dra. Betina Horner  
Schlindwein Meirelles  
Membro – UFSC



Dra. Denise Maria Guerreiro  
Vieira da Silva  
Membro – UFSC



Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa  
Membro - UFSC



*Dedico este trabalho ao meu amado Avô  
Zezéca, que não esperou para ver este  
momento, mas que eu sei que onde quer  
que esteja está zelando por mim.*



## AGRADECIMENTOS

*“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si.  
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti”  
(Ana Vilela).*

É com esta frase que expresso o meu sentimento de gratidão a todas as pessoas que estiveram envolvidas nesses dois últimos anos de intenso crescimento, de mudanças, de muitos ganhos e algumas perdas.

Primeiramente agradeço a DEUS todas as oportunidades que vem me concedendo nesta jornada terrena. Gratidão por sempre me iluminar e proteger, mostrando o caminho da paz e do amor.

Agradeço à minha FAMÍLIA, em especial aos meus pais (Terezinha e Eurico), aos meus irmãos (Zé e Ana), aos meus afilhados (Bernardo e Miguel) e à minha avó (Vanda), sempre zelarem por mim, por mais que eu não estivesse presente em todos os momentos. Eu amo vocês!!!

Ao meu MARIDO (Maycon) a minha gratidão eterna por todo apoio incondicional, por respeitar e compreender a minha ausência, por me escutar, mesmo não entendendo muita coisa do que eu falava, por sempre se mostrar e estar presente. Amo-te de paixão!!!

Gratidão à minha ORIENTADORA (Prof<sup>a</sup> Ivonete) que nunca desistiu de mim e da minha proposta de trabalho, que sempre me impulsionou, acalmou e me ensinou a defender a promoção da saúde como filosofia de trabalho. À minha eterna mestre, o meu respeito, admiração e o meu muito obrigada!

À BANCA EXAMINADORA (Profa. Betina, Profa. Denise, Profa. Maria Fernanda, Profa. Rosane e ao Ddo. Fabiano) o meu mais profundo agradecimento e respeito por todas as contribuições realizadas e por me mostrarem um novo jeito de olhar para este trabalho.

O meu agradecimento especial aos ENFERMEIROS participantes deste estudo, sem eles este trabalho não seria possível. A minha gratidão por terem parado um pouco as suas atividades habituais, e terem se dedicado a contribuir para esta reflexão. Além disso, meu

reconhecimento por lutarem diariamente por uma Atenção Primária cada vez com mais qualidade e equidade.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, o meu muito obrigada por permitirem o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas e amigos do DISTRITO SANITÁRIO CONTINENTE e CENTRO DE SAÚDE BALNEÁRIO, meus dois locais de trabalho desde quando iniciei esta caminhada, o meu mais profundo agradecimento e gratidão por todo o apoio dedicado para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

Aos amigos do LAPEPS, obrigada pelo apoio, pelos momentos de troca de conhecimentos e pela parceria de sempre. De maneira particular a Daniela, que muito me ensinou a trabalhar e a me apaixonar pela metodologia do discurso do sujeito coletivo. Muito obrigada!

Aos meus poucos e bons amigos, o meu mais sincero sentimento de gratidão. Em especial a MIRELA e a PRISCILA que sempre se fizeram presentes e dispostas a ouvir as minhas lamentações e incertezas, mas acima de tudo, que sempre me incentivaram a seguir em frente e que tudo daria certo no final.

Enfim, agradeço a todas as outras pessoas que não foram citadas, mas que de forma direta ou indireta, também contribuíram para que esse trabalho chegasse ao final. O meu muito obrigada, de coração.

*“A promoção da saúde envolve escolhas e, como tal, não se coloca na esfera do conhecimento científico, mas na esfera dos valores, vinculando-se a processos que não se expressam de maneira precisa e facilmente mensurável”.*

*Dina Czeresnia*



BECKER, Renata Machado. **Práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível na atenção primária.** 2017. 257p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

**Linha de Pesquisa:** Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível, desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária de Florianópolis. Pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio do discurso do sujeito coletivo. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas, no período de junho a agosto de 2016, em vinte e três centros de saúde, com vinte e três enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. A formação dos discursos foi guiada pelo software DSCsoft, sendo obtidas dezessete ideias centrais, a partir de seis questionamentos. Estes estavam relacionados com o trabalho na Atenção Primária, às pessoas com doença crônica, organização e estruturação dos profissionais e das equipes, e a relação e compreensão com as práticas de promoção da saúde, além das características sociodemográficas e profissional dos participantes. Posteriormente, os discursos foram discutidos à luz do referencial teórico sobre promoção da saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (52861616.0.0000.0121). Descreveram-se e discutiram-se os resultados por meio de três manuscritos. O primeiro é uma revisão integrativa da literatura junto a estudos nacionais e internacionais que abordaram as práticas de promoção da saúde, estas desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com doença crônica, na Atenção Primária. Os resultados encontrados contribuíram para a discussão dos dados. O segundo, refere-se às doenças crônicas não transmissíveis e às práticas de cuidado dos enfermeiros. Por fim, o terceiro manuscrito trata das práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. As análises indicaram que os cuidados dos enfermeiros a

esse público, na Atenção Primária, são desenvolvidos de acordo com três práticas principais: visita domiciliar, atendimento individual e atendimento coletivo. Sendo que estas se referem a dois campos de ação, dos cinco da Carta de Ottawa: reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. Percebeu-se que o enfermeiro atua de modo diversificado nesta área, mostrando-se presente no cotidiano das pessoas com doença crônica não transmissível. Entretanto, apesar dos esforços empreendidos para o desenvolvimento dessas práticas, estas se apresentam em determinados momentos de forma ampliada, na qual se preconiza uma nova lógica da promoção da saúde, e em outros se mostra de maneira mais restritiva, voltando a uma prática mais tradicional e biologicista. Portanto, é preciso fortalecer e estimular as práticas que têm dado resultados positivos, ampliar para outros campos de ação a prática dos cuidados para esse público, bem como transpor os limites que fazem com que essas ações não sejam desenvolvidas conforme preconizado. Para isso, os próprios participantes do estudo apontaram algumas propostas. Primeiramente, compreender o real conceito de promoção da saúde e dos seus campos de ação, assim como proposto na Carta de Ottawa, desde a formação acadêmica até a atuação profissional e, dessa forma, iniciar os trabalhos da promoção da saúde com as comunidades desde a infância, de modo a tornar adultos mais promotores da saúde.

**Descritores:** Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Doença Crônica.

BECKER, Renata Machado. *Health promotion practices in the care for people with chronic non-communicable diseases in primary health care*. 2017. 257p. Dissertation (Master in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

**Supervisor:** Dr<sup>a</sup>. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

**Line of research:** Health Promotion in Human Living Process and Nursing.

### **ABSTRACT**

This research had as main point, understand the practices of health promotion in the care of people with chronic non-communicable disease, developed by primary care nurses in Florianópolis. Qualitative research, developed by multiple speeches, the data gathering occurred by semi-estruturated interviews, in the period between June and August of 2016, in twenty three health centers, with twenty three nurses of family health strategy. The formation of the speeches was guided by the use of the software DSCsoft. In the end seventeen central ideas were presented, from six questions. These had relation with the work in primary care to people with chronic diseases, the organization and structure of the professionals and of the equipments, and the relation and comprehension with the health promotion practices, beyond the social, demographics and professionals characteristics of the members. After that the speeches were discussed at the light of the theoretic referential about health promotion. This research was approved by the Ethics in Researches with Human Beings, of the Santa Catarina Federal University, with the certificate of Presentation to Ethic Appreciation (52861616.0.0000.0121). The results were described and discussed by three manuscripts. The first one is an integrated review of the reading, together with other national and international studies, that talked about the health promotion practices, developed by nurses, in the care to people with chronic disease, in primary care, the results found out contributed to the data discussion. The second one is about the chronic non-communicable diseases and the nurses care practices. In the end, the third one is about the health promotion practices in health care to people with chronic non-communicable diseases. The analyzes pointed out that the care practices of the nurses to this public in Primary Care are developed by three main practices: home visiting, individual

attention and collective attention. Being that these ones refer to two action fields of the five ones, proposed by the Ottawa Letter: reorientation of the health system and personal abilities developing. It's worthy of mention that the nurses acts in different ways in this area of the primary care, happening in the day-by-day of people with chronic non-communicable diseases. However, besides the efforts spent to develop this practices, these appear in some moments in an amplified way, in a way it advocates a new logic of the health promotion, and in others show itself in a more restrictive way, returning to a more traditional and biologicist practice. So, it's need to fortalify and stimulate the practices that have been giving positive results, amplify to other action fields the practice of the care for this public, and transpose the limits that doesn't let this actions being developed as it was advocated as well. Aiming that, the participants themselves of the study pointed out some proposes. In first place, understand the real concept of health promotion an its action fields, side by side with what its proposed by the Ottawa Letter, since the academic formation, until the professional acting and by this way, start the works of health promotion with the communities since the childhood, to turn adults into better health promoters.

**Keywords:** Health promotion. Primary Health Care. Nursing. Nursing Care. Chronic diseases.

BECKER, Renata Machado. **Prácticas de promoción de la salud en los cuidados de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria.** 2017. 257p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

**Supervisor:** Dr<sup>a</sup>. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

**Campo de investigación:** Promoción de la Salud en el Proceso de Vida Humana y Enfermería.

## **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo comprender las prácticas de promoción de la salud en el cuidado a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, desarrollado por enfermeras en la Atención Primaria de Florianópolis. Investigación cualitativa, desarrollada por intermedio del habla del sujeto colectivo, los datos fueron recogidos a través de encuestas semiestructuradas en el período de junio a agosto de 2016, en veintitrés centros de salud con veintitrés enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia. La formación de los discursos fue guiada por el uso del software DSCsoft, que se obtuvo al final de diecisiete ideas centrales partiendo de seis preguntas. Estos estuvieron relacionados con el trabajo en la atención primaria a las personas con enfermedad crónica, la organización y estructuración de los profesionales y los equipos, y la relación y la comprensión de las prácticas de promoción de la salud, y las características socio demográficas y profesionales de los participantes. En seguida los discursos fueron discutidos a la luz del referencial teórico sobre promoción de la salud. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación Humana, de la Universidad Federal de Santa Catarina, con la presentación del certificado de Evaluación Ética (52861616.0.0000.0121). Los resultados fueron descriptos y discutidos a través de tres manuscritos. El primero es una revisión integradora de la literatura, con estudios nacionales e internacionales que abordaron la práctica de la promoción de la salud, desarrollado por los enfermeros en el cuidado a las personas con enfermedad crónica de la Atención Primaria, los resultados contribuyeron para la discusión de los datos. El segundo es acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles y las prácticas de cuidado de enfermería. Por último, el tercero es acerca de las prácticas de promoción de la salud en la atención a las personas con enfermedades

crónicas no transmisibles. Los análisis indicaron que los cuidados que los enfermeros tienen con este público es desarrollado de acuerdo a tres prácticas principales: visitas al hogar, atención individual y colectiva. Y estos se refieren a dos campos de acción, de los cinco propuestos por la Carta de Ottawa: reorientación del sistema de salud y el desarrollo de habilidades personales. Se observó que el enfermero actúa de diversas formas en esta área de la Atención Primaria, se haciendo presente en la vida diaria de las personas con enfermedad crónica no transmisible. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para el desarrollo de estas prácticas, estos están presentes en ciertos momentos con mayor amplitud, en la que aboga por una nueva lógica de la promoción de la salud, y otros en manera restrictiva, volviendo a una práctica más tradicional y biologicista. Por lo tanto, es necesario reforzar y fomentar las prácticas que han dado resultados positivos, ampliar a otros campos de acción y la práctica de la atención para esta población, así como superar los límites que hacen que estas acciones no se han desarrollado como se lo recomienda. Para eso, los propios participantes en el estudio señalaron algunas propuestas. En primer lugar, comprender el verdadero concepto de promoción de la salud y sus campos de acción, tal como se propone en la Carta de Ottawa, desde la formación académico, hasta la actuación profesional de este modo de trabajo de promoción de la salud con las comunidades desde la infancia, a fin de hacer adultos más promotores de salud.

**Palabras clave:** Enfermería. Promoción de la Salud. Atención Primaria. Cuidado Enfermería. Enfermedad crónica.

## **LISTA DE FIGURA**

**Figura 1** - Diagrama da literatura pesquisada e critérios de seleção. ... 41



## LISTA DE QUADRO

**Quadro 1** - Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ..... 70

**Quadro 2** - Síntese das ideias centrais conforme as perguntas..... 98

### MANUSCRITO II

**Quadro 1** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.....118

### MANUSCRITO III

**Quadro 2** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.....148



## LISTA DE TABELA

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas e profissional dos participantes. Florianópolis/SC, 2016..... 104

### MANUSCRITO II

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográfico e profissional dos participantes. Florianópolis/SC, 2016.....119

**Tabela 2** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.....121

### MANUSCRITO III

**Tabela 1** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.....150



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BDENF</b>	Base de Dados de Enfermagem
<b>BIREME</b>	Biblioteca Regional de Medicina
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CAEE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIPERDIA</b>	Programa de Hipertensão e Diabetes
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>LAPEPS</b>	Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Literatura Internacional em Ciências da Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.1	OBJETIVO GERAL .....	31
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>33</b>
2.1	MANUSCRITO I – PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: REVISÃO INTEGRATIVA .....	34
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>65</b>
3.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	65
3.1.1	Promoção da saúde e o contexto brasileiro.....	75
3.1.2	Promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde.....	78
3.1.3	Promoção da saúde e o contexto da doença crônica não transmissível .....	80
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>89</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	89
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	90
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	94
4.4	COLETA DE DADOS .....	94
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	96
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>103</b>
5.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	104
5.2	RESULTADOS QUANTITATIVOS DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO .....	105
5.3	MANUSCRITO II – PRÁTICAS DE cuidado DOS ENFERMEIROS ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	112
5.4	MANUSCRITO III – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	141
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>169</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>197</b>
<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>213</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>215</b>
<b>APÊNDICE D – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 1.....</b>	<b>219</b>
<b>APÊNDICE E – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 2.....</b>	<b>225</b>
<b>APÊNDICE F – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 3.....</b>	<b>229</b>
<b>APÊNDICE G – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 4.....</b>	<b>233</b>
<b>APÊNDICE H – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 5.....</b>	<b>237</b>
<b>APÊNDICE I – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 6.....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>247</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>249</b>

# 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios da saúde global e, portanto, requerem uma resposta por parte de todos os setores da sociedade (WHO, 2011a). São compreendidas como um grupo de doenças que se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2012a). As DCNT se tornaram na atualidade grave problema de saúde pública que são colocados como ordem do dia na discussão sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (MEDINA *et al.*, 2014).

Diante desta situação e do rápido crescimento dos casos de DCNT, inúmeras evidências demonstram que a promoção da saúde é uma intervenção populacional custo/efetiva e que possui impacto na reversão desses números (BRASIL, 2011; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; WHO, 2011b). Do mesmo modo, a promoção da saúde também tem sido identificada como um novo e promissor paradigma para a área da saúde, dada à amplitude de suas abordagens teóricas metodológicas e ao ter como uma das suas bases conceituais a integralidade do cuidado e o compromisso social com a qualidade de vida. Permite o suporte à reorganização dos métodos de trabalho em saúde, constituindo-se como uma forma de resposta social organizada às necessidades e problemas de saúde de uma determinada população (CHIESA *et al.*, 2009). Além disso, a promoção da saúde é uma estratégia que leva em conta a definição ampliada do processo saúde/doença e os seus diversos fatores determinantes (LOPES *et al.*, 2013).

Consideradas como um dos grandes problemas para a saúde e para o desenvolvimento do século XXI, tanto em termos de sofrimento humano quanto nas questões socioeconômicas, as DCNT continuam com a mortalidade inaceitavelmente elevada em nível mundial, constituindo-se a principal causa de óbito. No ano 2000, ocorreram 31 milhões de mortes por estas doenças; em 2012, 38 milhões; sendo que a projeção para o ano de 2030 é de 52 milhões, enquanto que os óbitos por doenças infecciosas deverão diminuir. Ainda com relação ao ano de 2012, em nível mundial, 82% dos óbitos por DCNT foram decorrentes das seguintes situações: doenças cardiovasculares (46,2%), neoplasias

(21,7%), doenças respiratórias (10,7%) e diabetes (4%) (WHO, 2014a; WHO, 2014b).

Além disso, a morte prematura é outra consideração importante quando se avalia o impacto que as DCNT têm em uma dada população. No ano de 2012, 42% das mortes ocorreram antes dos 70 anos de idade, ou seja, dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012, 16 milhões foram de forma prematura e evitável (perfazendo um aumento de 14,6 milhões de mortes em relação ao ano de 2000). Por outro lado, neste mesmo ano, 85% das mortes ocorreram em países em desenvolvimento. Dessa maneira, nenhum governo pode ignorar o crescente fardo destas doenças, e a sua redução é uma prioridade e uma condição necessária. Na ausência de ações baseadas em evidências, os custos sociais e econômicos continuarão a crescer e sobrecarregar a capacidade dos países para enfrentá-las (WHO, 2014a; WHO, 2014b).

Como em outros locais, as DCNT também se constituem no Brasil, como o problema de saúde de maior magnitude (SCHMIDT *et al.*, 2011). Além do desafio das DCNT, o país ainda precisa conviver com uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais e com uma carga importante de causas externas, reflexos de uma combinação entre transição demográfica acelerada e modificação epidemiológica singular (MENDES, 2012).

Dados de 2013 demonstram que as DCNT corresponderam a 72,6% dos casos de óbitos registrados no Brasil. Dentre estas causas, 79,4% foram em decorrências das quatro principais DCNT: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes (BRASIL, 2014a). Todas as camadas socioeconômicas são afetadas por estas doenças, e de forma mais intensa as pertencentes aos grupos vulneráveis como os de baixa escolaridade, baixa renda e os idosos (SCHMIDT *et al.*, 2011; BRASIL, 2011).

Do mesmo modo que os dados sobre mortalidade chamam a atenção, as estimativas também não revelam uma situação muito favorável. Os dados de análises para o ano de 2025 estimam que o Brasil apresente mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, sendo que destes, aproximadamente 85% desta população, terão pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2010).

Além dos altos índices de mortalidade, a qualidade de vida da população também é afetada com as DCNT. Ou seja, o número elevado de internações, bem como de amputações, perdas de mobilidade e outras funções neurológicas afetam diretamente o modo de viver das pessoas

com doença crônica, e sua qualidade de vida vai sendo comprometida à medida que a enfermidade vai se agravando (BRASIL, 2013a).

Com relação às questões socioeconômicas, as DCNT têm sido identificadas como uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT *et al.*, 2011). Considerada uma “epidemia”, em decorrência do seu rápido crescimento, traz sérias consequências econômicas, que vão desde o empobrecimento das famílias até os altos custos com o sistema de saúde e o enfraquecimento da economia do país. Estudo realizado em 2010, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, verificou que as DCNT podem custar para os países em desenvolvimento entre 0,02% e 6,77% do produto interno bruto (WHO, 2011b). Especificamente para o Brasil o impacto econômico está relacionado não só com os gastos com o Sistema Único de Saúde (SUS), mas também com as questões de absenteísmo, de aposentadorias e da mortalidade da população economicamente ativa (BRASIL, 2013a).

Este panorama das DCNT é resultado de inúmeros fatores, tais como os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e os fatores de risco individuais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a). Os DSS são definidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença” (BRASIL, 2012a, p. 21). Portanto, são considerados peças-chaves na luta contra as DCNT, uma vez que seria impossível combater de forma efetiva a epidemia destas doenças, sem agir sobre os DSS e sem considerar os principais fatores ligados às iniquidades e aos problemas da saúde (OMS, 2011).

Além dos DSS relacionados às desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens, serviços, informações e baixa escolaridade, acrescentam-se quatro fatores de risco individuais modificáveis, que são comuns às DCNT, de maior impacto mundial: alimentação inadequada; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; e, inatividade física. Estes fatores são responsáveis por uma grande maioria das mortes, assim como pela carga de doenças (BRASIL, 2011).

Um meio de monitorar esses principais determinantes das DCNT no Brasil é o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Implantado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, o VIGITEL tem como objetivo monitorar por inquérito telefônico, a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT. Atualmente, encontra-se no seu décimo ano de operação, sendo a sua última versão referente ao ano de 2015 (BRASIL, 2015a; 2016).

Com relação aos quatro principais fatores de risco modificáveis comuns às doenças crônicas (alimentação inadequada, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e inatividade física) têm-se os seguintes dados de acordo com o VIGITEL de 2015: a frequência de adultos fumantes, no conjunto das 27 cidades foi de 10,4%, sendo maior no sexo masculino (12,8%) do que no feminino (8,3%). Esses indicadores vêm evoluindo favoravelmente, através da diminuição em média de 0,7 ponto percentual ao ano (BRASIL, 2016).

No que se refere ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas<sup>1</sup>, no conjunto das cidades investigadas a frequência total foi de 17,2%, e aproximadamente 2,5 vezes maior em homens (25,3%) do que em mulheres (10,2%) (BRASIL, 2016).

A frequência de indivíduos com prática insuficiente de atividade física foi de 47,5% na população adulta estudada. Este percentual é maior entre mulheres (56,3%) do que entre homens (37,2%). As atividades físicas podem ser aquelas que duram 150 minutos semanais, consideradas de intensidade moderada ou 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa, despendidas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional. A prática de exercícios físicos está crescendo no Brasil, ao se observar a variação temporal do VIGITEL nos últimos anos, sendo Florianópolis a segunda capital com maior frequência. Isso é um sinal positivo, pois a prática de exercícios é um fator de proteção para as DCNT (BRASIL, 2015a; 2016).

Por fim, no que se refere ao consumo alimentar, no total das cidades que participaram do inquérito, e em ambos os sexos, algumas variáveis foram investigadas: consumo recomendado de frutas e hortaliças<sup>2</sup> (25,2%), consumo regular de feijão<sup>3</sup> (64,8%), hábito de consumir carne com excesso de gordura<sup>4</sup> (31,1%), consumo de leite com teor integral de gordura (51,5%), consumo regular de refrigerantes<sup>5</sup> (19%), consumo regular de doces<sup>4</sup>(20,1%), substituição do almoço ou jantar por lanches<sup>6</sup> (15,5%), autoavaliação do consumo de sal alto ou

---

<sup>1</sup> Ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, nos últimos trinta dias.

<sup>2</sup> A OMS recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale a cinco porções desses alimentos ao dia.

<sup>3</sup> Consumo em cinco ou mais dias da semana.

<sup>4</sup> Sem remover a gordura visível.

<sup>5</sup> Consumo em cinco ou mais dias da semana.

<sup>6</sup> Ao menos sete vezes por semana, ou na metade das refeições possíveis.

muito alto(14,9%). Esses dados demonstram que a população brasileira, vem aos poucos, buscando uma alimentação mais saudável (BRASIL, 2016).

Além da situação alarmante das DCNT, no que se refere aos índices de mortalidade quanto nos de morbidade, e dos seus determinantes, acrescenta-se a este fato a situação dos sistemas de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2012), os sistemas de atenção não estão alinhados com o cenário atual de saúde, o que gera um descompasso entre as necessidades da população e a forma como estes sistemas se organizam para respondê-las.

Os autores Silva, Cotta e Rosa (2013), também descrevem que se faz necessário o aprimoramento dos sistemas de saúde, a fim de promover a reorientação dos modelos de atenção à saúde. Para isso, sugerem o uso de ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco. Dessa forma, o Brasil vem fazendo uso de importantes políticas públicas para o enfrentamento das DCNT, com base na reorientação dos sistemas de saúde.

Por isso, o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 parece ser um importante meio para a reorientação dos sistemas de saúde e um passo interessante no controle dessas doenças. Possui como objetivo “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências” (BRASIL, 2011, p. 7). Além disso, visa fortalecer os serviços de saúde e conseqüentemente buscar a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, através de seus eixos norteadores, diretrizes e ações relacionadas com a promoção da saúde, vigilância, informação, avaliação e monitoramento e o cuidado integral (BRASIL, 2011).

Outro passo influente no sentido de deter o desenvolvimento das doenças crônicas no país é a publicação da Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Esta tem como embasamento o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção, constituído por: estratégias e formas de produzir saúde, a nível individual e coletivo; articulação e cooperação intra e intersetorial; formação de rede de atenção à saúde, a fim de articular suas ações com as demais redes de proteção e ampla participação e controle social. Cabe destacar que com esta publicação, a Portaria n. 687/GM/MS, de 30 de março de 2006 fica revogada (BRASIL, 2014b). O documento era a versão anterior da PNPS e trouxe grandes avanços no enfrentamento das doenças crônicas ao priorizar

ações, principalmente, no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e do álcool (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014b).

Um dos contextos de atuação destas políticas públicas é o campo da APS. Este modelo de atenção visa reorganizar as atividades das equipes de saúde em busca de melhores resultados no controle das doenças crônicas. Preconiza-se que este ponto de atenção à saúde seja o primeiro contato do usuário com a rede, já que atua na lógica de um território definido, com uma população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, por meio de um acompanhamento longitudinal, avançando na gestão e coordenação do cuidado do usuário (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014c).

No cenário brasileiro, a reorganização da APS se faz por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois a mesma expande, qualifica e consolida a APS, favorece a reorientação do processo de trabalho, amplia a resolutividade e impacta na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo/efetividade. No âmbito da APS / ESF, a promoção da saúde vem ganhando espaço como meio de combate às DCNT (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014c).

Entendida como o “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, a promoção da saúde se desenvolve por meio de cinco campos centrais de ação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986, p.1). Este conceito e os cinco eixos de ação foram formulados no Canadá, em 1986, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na qual resultou a Carta de Ottawa, documento de extrema relevância para a evolução da promoção da saúde e que traz ao debate a dimensão social da saúde (WHO, 1986).

A partir dessas definições, espera-se que as práticas de promoção da saúde, desenvolvidas pelos profissionais, sejam pautadas nesses cinco campos de ação, já que de acordo com Heidemann *et al.* (2012), estes são considerados estratégias que convergem para as ações dos profissionais a fim das mesmas serem reorientadas, e tornarem os indivíduos e populações mais autônomas em seu processo de saúde/doença, com vistas à melhor qualidade de vida. Silva *et al.* (2010) ainda complementam que a operacionalização das práticas de promoção da saúde devem refletir o compromisso com o bem-estar das pessoas, a

defesa da equidade e da qualidade de vida da população, a busca da ampliação das capacidades e possibilidades de escolhas individuais e coletivas, a ação local, a afirmação da diversidade e do multiculturalismo e o desenvolvimento de instrumentos de participação popular, sendo este o conceito de práticas de promoção da saúde utilizada para a condução deste processo de pesquisa.

Gurgel *et al.* (2011) ainda referem que a promoção da saúde demanda inúmeras estratégias de intervenção da realidade. Entretanto o seu desenvolvimento constitui um desafio, segundo Buss (2009) e Czeresnia (2009), pois sua abrangência de ação é maior do que o campo da saúde e inclui uma combinação de estratégias, a saber: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

Dessa forma, é necessário que o conceito de promoção da saúde seja conhecido e estabelecido para os profissionais. Conforme Silva *et al.* (2014a) a incipiência na incorporação das práticas de promoção da saúde, nos serviços, deve-se ao fato do termo estar sendo utilizado de forma inadequada pelos profissionais que, muitas vezes, confundem-no com práticas de prevenção e educação em saúde.

Assim sendo, ao se falar de promoção da saúde um ponto importante a se destacar é a linha divisória entre esta e a prevenção de doenças. De acordo com Buss (2009), este é um assunto crítico a se considerar, haja vista que estes enfoques são complementares ao processo saúde/doença. A prevenção de doenças busca que as pessoas fiquem isentas das mesmas, através de ações com enfoque mais na detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou causais, de grupos de enfermidades ou de uma específica. Tem seu foco na doença e nos mecanismos para atacá-la, mediante o impacto sobre os fatores que a geram. Portanto, seu objetivo final é evitar a enfermidade, ou seja, a ausência de doença.

A promoção da saúde por sua vez, parte de uma concepção mais abrangente do processo saúde/doença e seus determinantes, da necessidade de uma articulação de conhecimentos técnicos e populares, e da mobilização de recursos institucionais e comunitários públicos e privados para o seu desenvolvimento. Logo, a promoção da saúde não se dirige a uma doença ou desordem específica, ela serve para aumentar a saúde e o bem-estar de forma geral (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Para o desenvolvimento de ações que garantam a atenção à saúde visando à integralidade, por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, no âmbito da APS, conta-se com uma equipe de trabalho multiprofissional. Esta é composta por Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar e/ou técnico de enfermagem, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro e médico, além dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todos também buscam o desenvolvimento de atividades que se orientem pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012b).

Esse contexto tem permitido que a enfermagem se destacasse, por meio de avanços no saber, no fazer e no desenvolvimento de um espaço assistencial ímpar para os enfermeiros, identificando-o como o profissional principal no desenvolvimento e seguimento de ações que envolvem desde intervenções diretas até as indiretas (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013). Segundo Backes *et al.* (2012), o papel do enfermeiro é reconhecido pela sua capacidade e habilidade de compreender o ser humano como um todo, pela integralidade da assistência a saúde, pela capacidade de acolher e, identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, assim como, de compreender as diferenças sociais, e da capacidade de promoção da interação e da associação entre usuários e equipe da ESF.

Por outro lado, estes profissionais de cuidados primários, portadores de funções aprimoradas, podem fornecer um atendimento de alta qualidade em áreas tradicionalmente de domínio médico. Os enfermeiros, quando direcionados para o atendimento de doenças crônicas, melhoram os resultados e reduzem a utilização de recursos de saúde, tais como as internações hospitalares, ao mesmo tempo introduzem mais modalidades de serviços de saúde. Além disso, as clínicas administradas por enfermeiros especializados têm sido relacionadas aos melhores resultados clínicos (GOULART, 2011).

Complementando estas afirmações, Gallani (2015) descreve que os enfermeiros possuem ampla capacidade de otimizar a qualidade dos serviços e cuidados de saúde, no contexto das DCNT. Ao ser o profissional por excelência, formado para assegurar o cuidado continuado de saúde, por lidar com todas as esferas do bem-estar e por ser a enfermagem a linha de frente dos serviços de saúde e a maior força de trabalho.

Embora se tenha conhecimento da relevância deste profissional dentro da equipe de APS, Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) identificaram em seu estudo que a promoção da saúde é pouco revelada na prática dos enfermeiros que atuam neste nível de atenção. Ao analisar a produção científica nacional, os autores anteriormente citados, observaram que ainda é incipiente e pouco explorada a produção de conhecimento nesta área. Além disso, a promoção da saúde ainda é tida como sinônimo de educação em saúde, fundamentada em ações prescritivas de prevenção de doenças.

A partir do contexto da situação atual das doenças crônicas, dos altos índices de morbimortalidade, da importância e necessidade de desenvolver ações de promoção da saúde, para o enfrentamento desta condição, e sabendo das competências específicas que o enfermeiro possui, dentro da equipe de APS, no combate a estas doenças é que se embasaram as justificativas para a realização desse estudo. Acrescido a isso havia as inquietações pessoais da pesquisadora no que se refere ao saber das práticas que estes profissionais desenvolvem frente a essa situação, das DCNT.

Atuando como enfermeira da APS, de uma equipe da ESF, no período de 2008 a 2012 e de 2015 até os dias atuais, na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis é que o interesse por esta temática surgiu. Ao observar o trabalho desenvolvido pelas equipes neste nível de atenção, inquietavam-na os desafios vivenciados por estas, no que se referiam ao desenvolvimento das práticas de promoção da saúde no cuidado as pessoas com DCNT. Esses fatos levaram a pesquisadora a especializar-se na “linha de cuidado em enfermagem – DCNT” promovido pela Universidade Aberta do SUS, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e ingressar na linha de pesquisa “promoção da saúde no processo de viver humano e enfermagem” e no Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) também da UFSC. Nas atividades de pesquisa do LAPEPS também está inscrita no macroprojeto, aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Edital Universal-Faixa B “Práticas de Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária e Escola: Possibilidades e Desafios”.

Com o desenvolvimento do senso crítico a partir destas participações, foi possível identificar que, assim como a pesquisadora, os enfermeiros das equipes de ESF de Florianópolis, vivenciavam uma ampla demanda de atividades, que precisavam ser divididas entre ações assistenciais e gerenciais. O seu campo de atuação incluía a realização

de consultas de demandas programadas<sup>1</sup> e espontâneas<sup>2</sup>, nas diversas fases do desenvolvimento humano, além da supervisão dos ACS e dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, e das ações de educação permanente para com a equipe e das atividades que demandam os programas ministeriais. Consequentemente a partir deste cenário, uma das percepções que tivera era de que as práticas de promoção da saúde para com as pessoas com doenças crônicas, acabavam muitas vezes, não sendo a prioridade na agenda desses profissionais.

Entretanto, esta percepção da pesquisadora sobre a atuação do enfermeiro no município de Florianópolis é corroborado por Camargo, Anjos e Amaral (2013), quando refere que o desempenho do enfermeiro da APS é sujeito a impasses e desafios no momento em que se assumem responsabilidades e funções além das suas possibilidades práticas, resultando no acúmulo de atribuições que interferem no desenvolvimento das atividades. Igualmente este profissional possui dificuldades para a priorização das suas ações e acaba por, muitas vezes, destinando mais tempo às atividades administrativas e consequentemente dedicando menos tempo às de caráter assistencial e educativo. Além disso, convive com questões decorrentes de sua atuação, tais como: divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, acesso à qualificação, questões salariais e de vínculo empregatício.

Por outro lado, Silva *et al.* (2010) identificaram em seu estudo que os enfermeiros estão centrando forças no atendimento à demanda espontânea, sem realizar o planejamento e a avaliação da efetividade de suas ações. Eles manifestaram ainda que a promoção da saúde tem sido marginalizada nos serviços de saúde e na abordagem junto à comunidade e que existe uma centralidade na doença no momento dessa demanda espontânea. Dessa forma, é difícil disponibilizar um espaço para uma oferta organizada das ações, em parceria com a comunidade, de modo a ampliar os referenciais de assistência e proporcionar a continuidade e integralidade do cuidado.

Falando especificamente sobre as práticas do enfermeiro com relação à promoção da saúde no contexto da ESF, Gurgel *et al.* (2011) também identificaram que a percepção que os profissionais possuem

---

<sup>1</sup> Entende-se como sendo aquela demanda agendada previamente (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006).

<sup>2</sup> São as demandas de atenção nos momentos em que não há um atendimento agendado (BRASIL, 2013b).

sobre promoção da saúde influencia de modo significativo na sua prática. Dessa forma, os discursos sobre a concepção de promoção da saúde transitaram ora pelo modelo biomédico de prevenção de doenças, ora pelo de promoção da saúde, contido na Carta de Ottawa. O estudo mostrou que as ações de promoção da saúde são incipientes na atuação destes profissionais, apesar dos esforços empreendidos pelos mesmos, e que isso fez emergir a necessidade de (re)pensarem as suas estratégias de promoção da saúde. Assim, algumas recomendações foram propostas de modo a vislumbrarem a promoção da saúde nas suas agendas, tais como: a educação permanente para os profissionais, a realização de ações interdisciplinares e intersetoriais dentre outros.

Além dessa constatação, Silva, Cotta e Rosa (2013) complementam que nos últimos 10 anos o número de publicações diminuiu em relação à temática das estratégias de promoção da saúde e prevenção de DCNT, o que é preocupante tendo em vista a gravidade das doenças e o aumento da sua incidência. Os autores ressaltam que os estudos atuais se concentram nos aspectos da fisiopatologia, terapêutica clínica e prevalência, logo, reduziram-se as publicações voltadas para as políticas de promoção da saúde e prevenção.

Por fim, Medina *et al.* (2014) definem o cenário atual da seguinte forma: há baixa precisão na definição sobre o que realmente seja promoção da saúde; existe pouca clareza do que se espera que as equipes da APS façam com relação à promoção e são escassas as iniciativas de avaliação sobre o que se pensa e o que se faz na APS, sobre promoção da saúde. Haja vista que os sistemas de informação não contemplam o registro sistemático de ações de promoção da saúde, mostrando uma lacuna do conhecimento sobre as mesmas no cotidiano dos serviços de saúde. Toda essa situação se materializa na afirmação de que ainda é principiante a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de APS no país.

Diante de todos esses apontamentos, equalizou-se o seguinte questionamento: como as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível são desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária de Florianópolis?

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível, desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária de Florianópolis.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Para sustentar este estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura a fim de identificar, no período de 2004 a 2015 nas bases de dados *on-line*, as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT, desenvolvidas pelos enfermeiros da APS no contexto nacional e internacional, que seguiu os passos metodológicos da revisão integrativa de literatura proposto por Whitemore & Knafl (2005), a saber: (a) identificação do problema de estudo; (b) levantamento da literatura; (c) avaliação crítica dos estudos; (d) análise dos dados; (e) apresentação. A partir desta proposição se construiu um protocolo que conduziu a realização desta revisão (APÊNDICE A). Optou-se por apresentar os resultados encontrados e as discussões em forma de manuscrito, de modo a atender um pré-requisito exigido pela Instrução Normativa n. 01/PEN/2016 que determina os critérios para elaboração e formato das apresentações dos trabalhos de conclusão de curso de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC.

A revisão integrativa, de acordo com Crossetti (2012), sintetiza os resultados de pesquisas já realizadas, mostrando as conclusões da literatura sobre um determinado fenômeno específico, ou seja, compreende os estudos relacionados à questão que orienta a busca, por meio de dados resumidos e comparados. Este tipo de revisão consiste em um processo sistemático e sumarizado de análise da literatura, que quando adequadamente realizado possibilita alcançar bons resultados, tais como: identificação da lacuna do conhecimento com relação ao fenômeno do estudo e da necessidade de pesquisas futuras; revelam pontos centrais do tema em questão; identificam marcos conceituais ou teóricos; enfim, mostram o estado da arte da produção científica a partir da pesquisa de um determinado tema.

Complementando essa questão Souza, Silva e Carvalho (2010) descrevem que a revisão integrativa é uma abordagem metodológica mais ampla, quando comparada com os outros tipos de revisões, pois inclui os estudos quantitativos e qualitativos experimentais e não experimentais, a fim de compreender o fenômeno analisado de forma completa. Por combinar estudos teóricos e empíricos, permite incorporar um leque de proposições, tais como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos. Dessa forma, é possível a partir da revisão integrativa obter um panorama

consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problema de saúde relevante para a enfermagem.

## 2.1 MANUSCRITO I – PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: REVISÃO INTEGRATIVA

### **PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: REVISÃO INTEGRATIVA**

### **HEALTH PROMOTION PRACTICES IN THE CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES: INTEGRATIVE REVIEW**

### **PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN CUIDADOS A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: REVISIÓN INTEGRADORA**

Renata Machado Becker<sup>1</sup>

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível na Atenção Primária à Saúde, a partir de publicações científicas, nacionais e internacionais, abrangendo os períodos de 2004 a 2015. **Método:** Revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa, realizada em cinco bases de dados, nos quais se fez uma leitura e análise crítica dos estudos de modo a conhecer as práticas de promoção da saúde. **Resultados:** Emergiram 37 artigos, sendo possível identificar que as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros vêm

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde(LAPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* renatamachado19@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do LAPEPS. *E-mail:* ivonete.heidemann@ufsc.br.

ganhando espaço no cenário da sua atuação, além disso, nota-se um movimento em direção ao desenvolvimento de uma promoção da saúde em que se preconiza o coletivo, os determinantes sociais da saúde e a multidisciplinaridade. **Considerações Finais:** Identificaram-se alguns limites que precisam ser transpostos, dentre os quais se destaca o trabalho intersetorial que precisa crescer para além do setor saúde.

**Palavras-Chaves:** Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Doença Crônica. Promoção da Saúde.

### **ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the health promotion practices Developed by nurses in the care of people with chronic non-communicable diseases in the primary health care, from scientific publications, national and international, covering the periods from 2004 to 2015. **Method:** integrative review of literature of qualitative approach, held in five databases, in which a reading and critical analysis of the studies were made in order to know the practices of health promotion. **Results:** Emerged 37 articles and it was possible to identify that the practices developed by nurses have been gaining space in the context of their work, in addition, there is a movement towards the development of a health promotion in which the collective is advocated, the social determinants of health and multidisciplinary. **Conclusions:** we identified some limitations that need to be transposed, among which are highlight the intersectoral work that needs to grow beyond the health sector.

**Key Words:** Primary Health Care. Nursing. Chronic diseases. Health promotion.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los enfermeros en el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria de salud, a partir de las publicaciones científicas, nacionales e internacionales, que abarcan los períodos de 2004 a 2015. **Método:** revisión de la literatura integradora con enfoque cualitativo, llevado a cabo en cinco bases de datos, en la que se hizo una lectura crítica y el análisis de los estudios con el fin de conocer las prácticas de promoción de la salud. **Resultados:** surgieron 37 artículos para identificar las prácticas desarrolladas por los enfermeros que están ganando espacio en el marco de sus actividades, además, hay una tendencia hacia el desarrollo de la promoción de la

salud a los determinantes colectivos, sociales de la salud y la multidisciplinariedad. **Consideraciones finales:** Se identificaron algunas limitaciones que deben ser traducidas, entre las que destacan el trabajo intersectorial que necesita para crecer más allá del sector de la salud.

**Palabras Clave:** Atención Primaria de Salud. Enfermería. Enfermedad Crónica. Promoción de la Salud.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um dos principais problemas de saúde em todo o mundo (ALVES; NETO, 2015). No ano de 2012 as DCNT foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo, e a projeção para 2030 é de 52 milhões de mortes (WHO, 2014a; WHO, 2014b).

Dentre o conjunto das DCNT se destacam as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, sendo estas responsáveis por um número elevado de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida, alto grau de limitação para as atividades de trabalho e lazer, impacto negativo nas questões econômicas das famílias, dos indivíduos e da sociedade como um todo, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da pobreza (MALTA *et al.*, 2014).

No Brasil, o cenário não é muito diferente do mundial. O país vive uma transição epidemiológica e demográfica, caracterizada pela redução das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por DCNT. Dados de 2007 revelam que 72% das mortes conhecidas no Brasil são decorrentes das DCNT (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Diante deste panorama se faz necessário e preciso que medidas sejam tomadas, visando estabelecer um compromisso para o enfrentamento das DCNT (MALTA *et al.*, 2014). Dentre as possíveis medidas, uma vem ganhando espaço e se destacando na atualidade, a promoção da saúde, que vem se constituindo como um importante campo de práticas em saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012). Este enfoque, traz à cena uma ação política e de planejamento, além de ser reforçada como uma prática de responsabilização e de cuidado em saúde (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

A promoção da saúde foi conceituada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), cujo produto foi a Carta

de Ottawa, e ainda hoje continua sendo uma referência de debate. A promoção da saúde é definida como o “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Desenvolve-se por meio de cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação dos serviços (WHO, 1986, p.1).

A promoção da saúde visa superar o modelo biomédico, mas para isso é preciso considerá-la como um processo transformador, capaz de melhorar as condições de vida e saúde da população (TAVARES *et al.*, 2016). Tal pensamento vai ao encontro da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que é romper com a atenção que se caracteriza pela centralidade no trabalho médico e no hospital, voltado para o tratamento de doenças. Portanto, foi proposto um sistema que visasse às ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças nos diversos níveis de atenção (WALLERSTEIN *et al.*, 2011).

Dentre esses níveis de atenção, destaca-se o da Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Precisa ser o contato preferencial do usuário, bem como a principal porta de entrada e comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Logo, deve se orientada pelos princípios do SUS: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

No Brasil, a APS se desenvolve por meio do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, e modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF), que também tem como um de seus pilares a estruturação do modelo de atenção, como estratégia de priorizar a prevenção e a promoção, mas sem deixar de lado o atendimento assistencial (MAHMOOD; MUNTANER, 2013). Para o desenvolvimento da Saúde da Família, a APS conta com uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, podendo acrescentar nessa composição o auxiliar ou técnico em saúde bucal e o cirurgião-dentista (BRASIL, 2012).

Inserido na equipe de Saúde da Família, o enfermeiro tem se mostrado fundamental para a consolidação dessa estratégia e, conseqüentemente, na reorganização do modelo de atenção à saúde no país. Esse profissional possui atribuições de inúmeras naturezas que vão do conjunto que contemplam a organização das atividades da ESF,

funcionamento do centro de saúde, até a assistência direta ao indivíduo, família e comunidade. Ou seja, realiza atividades educativas, assistenciais e administrativas, contribuindo significativamente para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população (CAÇADOR *et al.*, 2015).

Esse profissional, no esforço pelo levantamento de situações críticas e de uma intervenção sistematizada de um plano de cuidados, é capaz de superar as fragmentações e assegurar a continuidade e a resolutividade do cuidado em saúde (BACKES *et al.*, 2012). Além disso, cabe destacar que o profissional enfermeiro participa diretamente das ações na atenção à Saúde da Família, sendo responsável e estando comprometido com ações e práticas de educação, promoção e prevenção, planejada e executada para a comunidade em prol de uma melhor qualidade de vida e de empoderamento crítico e construtivo (MAZZUCHELLO *et al.*, 2014). Elementos estes, essenciais para o desenvolvimento de cuidados às pessoas com DCNT, pois as intervenções de promoção da saúde para esse público fornecem o controle da doença, previnem complicações e melhoram a qualidade de vida destas pessoas e de suas famílias (GUEDES *et al.*, 2012).

Considerando o exposto e tendo em vista a importância da atuação do enfermeiro no contexto da promoção da saúde na DCNT no âmbito da APS, veio à inquietação, como os enfermeiros desenvolvem as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT na APS, a partir das publicações científicas de âmbito nacional e internacional? Logo, o objetivo desta pesquisa é analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com DCNT na APS, a partir de publicações científicas.

## **MÉTOD**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite sintetizar resultados provenientes de pesquisas sobre um tema, de forma sistemática, ordenada e abrangente. Este tipo de estudo fornece informações mais amplas sobre um assunto, constituindo-se em um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Um protocolo foi construído com a descrição de todas as etapas do processo de revisão, de modo a conduzir a realização da mesma. Dessa forma foram estabelecidas as bases de dados que seriam consultadas, construídas as estratégias de busca, definidos os critérios de inclusão e exclusão, a sistematização da revisão e o cronograma de

realização. Optou-se por seguir os seguintes passos metodológicos de Whittemore & Knafl (2005): (1) identificação do problema de estudo; (2) levantamento da literatura; (3) avaliação crítica dos estudos; (4) análise dos dados; (5) apresentação.

As buscas ocorreram no segundo trimestre do ano de 2016, por meio de consulta eletrônica nas bases de dados Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public MEDLINE* – Editora MEDLINE (PUBMED) / *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* – Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SCIELO) e *Sciverse Scopus* além da checagem da lista de referências dos artigos.

Elaborou-se para cada base uma estratégia de busca com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH), palavras-chave aleatórias e sinônimos, de modo a abranger a totalidade das publicações relacionadas à temática. Os termos utilizados foram Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Doença Crônica; Prática de Saúde Pública e Promoção da Saúde (e seus respectivos termos em inglês e espanhol), consultados no plural e singular e com os termos booleanos OR para distingui-los e AND para associá-los.

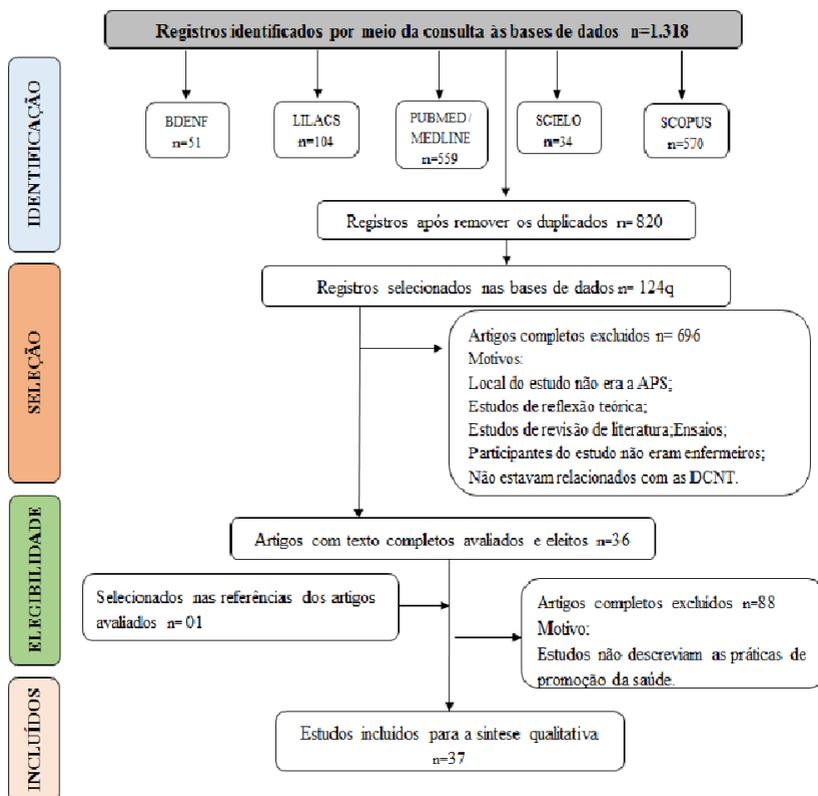
Foram encontrados 1318 documentos cujos títulos e resumos foram lidos, sendo utilizado o gestor de referências *on-line ENDNOTE WEB®* para auxiliar esta etapa. A seleção dos trabalhos teve como critérios de inclusão: artigos de periódicos indexados nas bases de dados escolhidas, na modalidade de artigos originais e/ou relatos de experiência, que continham os descritores listados, nos idiomas espanhol, inglês e português, publicados entre os anos de 2004 a 2015, e que estavam relacionados com a temática. Esse marco temporal se justifica(-se) por ser o período desde a divulgação do projeto “Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação – relatório mundial” publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003. Este documento foi de extrema importância para o cuidado às pessoas com doenças crônicas, porque apresentou um modelo de atenção abrangente, de modo a atualizar os serviços de saúde para o cuidado a estas pessoas (OMS, 2003).

Excluíram-se as publicações de trabalhos duplicados; artigos de revisão de literatura; editoriais; cartas; artigos de opinião; reflexão teórica; comentários; ensaios; notas prévias; teses; dissertações;

trabalhos de conclusão de curso; manuais; resumos em anais de eventos ou periódicos; dossiês; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; políticas de saúde; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; livros; capítulos de livro e estudos que não contemplem o escopo deste estudo.

Ao final deste processo, removeram-se 498 estudos por duplicidade e 696 artigos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, obtendo-se um total de 124 estudos pré-selecionados, que foram submetidos a uma análise na íntegra do seu conteúdo. Após uma leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 88 artigos, pois os mesmos claramente não cumpriam os critérios de inclusão, resultando ao final da análise um total de 36 estudos incluídos nesta revisão. Durante a leitura detalhada e crítica dos artigos, realizou-se também uma análise das referências, a fim de verificar estudos possíveis, mas não contemplados nas buscas em bases de dados. Dessa forma, um artigo foi elencado para fazer parte desta revisão integrativa, já que atendia aos critérios de inclusão da mesma, chegando-se, assim, ao número final de 37 artigos (FIGURA 1).

Figura 1 - Diagrama da literatura pesquisada e critérios de seleção.



Fonte: Próprio do autor.

Com os textos completos e após a realização de uma leitura exaustiva dos documentos, extraíram-se deles alguns dados, tais como: país de origem, idioma da publicação, base de dados em que foi submetido, periódico publicado, título do estudo, autores, ano da publicação, objetivo da pesquisa, metodologia utilizada, resultados alcançados e considerações finais. Estes foram transcritos para um instrumento proposto de coleta de dados, que permitiu o detalhamento de cada estudo e, assim, conseguir uma melhor análise dos mesmos, para isso, utilizou-se de uma planilha do programa Microsoft Excel®.

Por fim, realizou-se uma análise crítica dos estudos de modo a conhecer as práticas de promoção da saúde. Esta etapa também seguiu os seguintes passos de Whittemore & Knafl (2005): **(1) Redução dos dados:** determinação de um sistema de classificação geral, de modo a facilitar a análise. Neste primeiro momento foi utilizada a ordem cronológica crescente de publicação dos estudos. **(2) Visualização dos dados:** exibição da classificação geral, empregada no passo anterior, de forma visual. Nesta revisão a visualização ocorreu por meio do auxílio da tabela de coleta de dados. **(3) Comparação dos dados:** este passo consiste em examinar os dados a fim de identificar os padrões e as diferenças entre os estudos selecionados. Esse processo permite o surgimento de categorias, na qual as variáveis similares são agrupadas. Para esta revisão a categorização ocorreu conforme os cinco campos centrais de ação propostos pela Carta de Ottawa. **(4) Esboço da conclusão e verificação:** corresponde à fase de interpretação dos dados a partir da descrição dos padrões e das relações de semelhanças e diferenças, identificados nos estudos selecionados e discutidos com a literatura pertinente.

Após a conclusão da análise de cada categoria foi realizada uma síntese dos elementos importantes, de forma a retratar de maneira abrangente a temática e o processo da revisão. A interpretação desses dados ocorreu de forma crítica e imparcial, de modo a permitir apresentar possíveis explicações para os resultados encontrados, sejam eles convergentes ou conflitantes, com base na literatura disponível. Esse achado vai ao encontro do objetivo proposto com esse estudo e será apresentado na próxima seção.

## RESULTADOS

O quantitativo de artigos selecionados para a amostra desta revisão se constituiu em trinta e sete artigos, dos quais quinze foram

publicados na base de dados Scopus, sete na BDENF, cinco em cada base, LILACS e PUBMED / MEDLINE, quatro na SCIELO e um na revisão das referências dos estudos elegidos.

No que se refere ao ano de publicação, os de maior incidência em ordem decrescente foram: nove em 2015, sete em 2014, quatro nos anos de 2013, 2011 e 2008, três em 2012 e dois nos anos de 2009, 2007 e 2006. Logo, os anos de 2004, 2005 e 2010 não tiveram estudos selecionados para esta revisão.

Com relação aos países de publicação os que mais apareceram em ordem decrescente foram: quinze no Brasil, cinco no Canadá, três para os países da Espanha e do Reino Unido, dois nos Estados Unidos da América e na Nova Zelândia e um em cada um dos seguintes países, Austrália, Holanda, Inglaterra, Islândia, Portugal, Suécia e Tailândia.

As metodologias utilizadas para o desenvolvimento das pesquisas em ordem decrescente de aparecimento foram: trinta para a pesquisa qualitativa; quatro para a pesquisa quantitativa; e, três para pesquisa mista (qualitativa e quantitativa).

De modo geral percebeu-se que as DCNT, como um todo, foram as mais frequentemente abordadas pelos autores nas diversas fases do desenvolvimento humano, criança, adulto e idoso. Entretanto, outras comorbidades específicas também foram citadas, tais como: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, obesidade, câncer e doença respiratória crônica.

Para organizar o vasto conteúdo proveniente dos artigos incluídos nesta revisão, no que se refere às práticas de promoção da saúde, criaram-se categorias de acordo com os cinco campos centrais de ação, propostos pela Carta de Ottawa. Optou-se por realizar essa análise dirigida, pois se espera que as práticas de promoção da saúde dos profissionais sejam baseadas nestes respectivos campos.

### **Elaboração e implantação de políticas públicas saudáveis**

Uma experiência encontrada por Duarte *et al.* (2015a), neste campo de ação, é o “Fórum da Criança”. Este projeto é um espaço de diálogo externo à unidade, constituído por profissionais das diversas áreas que se reúnem periodicamente para discutir e organizar a assistência à criança em condição crônica. As discussões decorrem a partir das demandas dos profissionais, com isso são realizadas pactuações, tomadas de decisões e a criação de políticas públicas para o município.

Outro relato relacionado a essa temática é o que foi trabalhado em unidades de saúde de Portugal. Os trabalhadores são guiados por uma “Carteira Básica de Serviços”. A partir deste documento são desenvolvidas as ações de promoção da saúde às pessoas com DCNT em colaboração com outros pontos da rede. Entretanto, cabe destacar que nesse país existem outros serviços dentro da APS que são responsáveis por atividades educativas, restringindo assim as ações assistenciais às unidades de saúde (SOUZA *et al.*, 2013).

A fim de comparar os modelos de cuidados primários na prestação de promoção da saúde no Canadá, os autores Hogg *et al.* (2009) avaliaram os sete itens sobre esta temática recomendados pela Força-Tarefa Canadense. A principal medida foi se o usuário relatou discutir a promoção da saúde de um dos temas. O que os autores identificaram foi que a probabilidade de um dos assuntos serem discutidos, independente do motivo da visita, foi significativamente maior no modelo de cuidado primário do tipo centro de saúde comunitário, quando comparado aos outros modelos avaliados. Este modelo identificado dá maior importância à promoção da saúde, enfatizando o bem-estar, a prevenção e a incorporação de intervenções baseadas na clínica e na abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Por fim, outra experiência encontrada foi o “Care Plus” da Nova Zelândia (EGGLETON; KENNEALY, 2009). Segundo os autores este é um programa que tem por iniciativa fornecer cuidados às pessoas com doença crônica. Ele prevê um financiamento de atendimentos ambulatoriais adicionais para estas pessoas, de modo a melhorar a gestão dos cuidados, o trabalho em equipe na APS e a redução das desigualdades em saúde.

### **Reforço da ação comunitária**

Neste campo de ação um ponto importante apresentado no estudo de Bedin *et al.* (2014) foi a participação das pessoas com DCNT em grupos sociais; estes se constituem como uma rede de apoio, em especial, os movimentos religiosos e as associações comunitárias, já que o comportamento das pessoas é influenciado pelas crenças e pelos valores apreendidos neste contexto. Penha *et al.* (2015) identificaram em seu estudo a realização de atividades de promoção da saúde, por parte dos enfermeiros, em pessoas com DCNT em grupos de idosos da comunidade.

Rada *et al.* (2014) em seu relato de experiência identificou alguns recursos de saúde, na área de abrangência, que foram de interesse para a obtenção de um resultado favorável para o usuário do estudo (pessoa com diabetes). No caso em questão foi apresentado um curso de alfabetização, oferecido na biblioteca da comunidade, de modo a possibilitar uma educação alfanumérica.

Outra prática encontrada neste campo de ação é o estudo de Jongudomkarn, Singhawara e Macduff (2015), estes autores relataram que foram realizados fóruns com a comunidade de modo a estimular a redução do consumo de álcool. Esta ação abriu a oportunidade das pessoas atentarem e falarem sobre o seu problema, e também para desenvolver e estabelecer diretrizes para trabalhar com outros problemas em conjunto na comunidade.

### **Desenvolvimento de habilidades pessoais**

No que se refere a este campo de ação da Carta de Ottawa, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros estão voltadas principalmente para as práticas educativas. Destacam-se as orientações que visam melhorar o conhecimento das pessoas sobre a sua condição de saúde, bem como as relacionadas com as mudanças no estilo de vida, especialmente as direcionadas para uma alimentação saudável e a importância da prática de exercícios físicos, sendo desenvolvidas por estes profissionais nos diversos contatos com as pessoas com DCNT (BEZERRA *et al.*, 2006; LUNDH; ROSENHALL; TÖRNKVIST, 2006; BEZERRA *et al.*, 2008; DESHEFY-LONGHI; SWARTZ; GREY, 2008; MACDONALD *et al.*, 2008; ECCLES *et al.*, 2011; NOLAN *et al.*, 2012; GEENSE *et al.*, 2013; NUNES; BARRADA; LANDIM, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; AL SAYAH *et al.*, 2014; CASS; BALL; LEVERITT, 2014; GILMOUR *et al.*, 2014; RADA *et al.* 2014; RAQUEL, 2014; CAMPOS; RODRÍGUEZ, 2015; DUARTE *et al.*, 2015a; DUARTE *et al.*, 2015b).

Os estudos de Francioni e Silva (2007), Fernandes, Silva e Soares (2011), Mantovani *et al.* (2011), Baratieri, Mandu e Marcon (2012), Nunes, Barrada e Landim (2013) e Reticena *et al.* (2015), também destacaram as práticas educativas dos enfermeiros, mas direcionadas para uma abordagem coletiva. De acordo com os autores, as reuniões de grupo eram desenvolvidas por meio de um diálogo aberto e de uma escuta qualificada, incentivando a autonomia dos participantes, por ser

um espaço livre de troca de informações e experiências, com ampliação do horizonte de conhecimentos.

Lundh, Rosenhall e Törnkvist (2006), Macdonald *et al.* (2008), Fernandes, Silva e Soares (2011), Nolan *et al.* (2012), Gilmour *et al.* (2014) e Penha *et al.* (2015) identificaram em seus estudos algumas tecnologias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da saúde de pessoas com DCNT em atividades educativas de grupos. Os referidos profissionais faziam uso de dinâmicas, rodas de conversa, material audiovisual, pôsteres, ilustrações, panfletos informativos e explicativos.

Mantovani *et al.* (2008), por sua vez, utilizaram a técnica dos jogos educativos nas atividades do Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA). Esta estratégia se mostrou facilitadora, pois permitiu o aumento da autonomia, da vinculação do usuário com o serviço, além de permitir melhor conhecimento sobre o seu processo saúde/doença, permitindo assim modificações nos hábitos e no autocuidado.

Outra alternativa, identificada por Geense *et al.* (2013), para o desenvolvimento da promoção da saúde, no sentido da educação em saúde, foi a entrevista motivacional. Os enfermeiros utilizavam essa técnica para o fornecimento de orientações que buscavam um melhor estilo de vida para as pessoas com DCNT.

Um campo de ação em que é possível à realização de práticas educativas observadas nos estudos foram as visitas domiciliares. Este local de atuação faz com que a educação seja também direcionada aos cuidadores, permitindo assim que as pessoas com DCNT e suas famílias se sintam capacitados para desenvolverem o seu próprio cuidado, estimulando a autonomia e a responsabilização (BEZERRA *et al.*, 2006; LIONELLO *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2013; DUARTE *et al.*, 2015a; DUARTE *et al.*, 2015b; PENHA *et al.*, 2015).

Pensando então neste ambiente que preconiza a família, foi observado por Campos e Rodríguez (2015) que a reunião familiar se mostrou como uma prática desenvolvida no seu relato de experiência.

### **Reorientação do sistema de saúde**

Os Estudos de Bezerra *et al.* (2006), Lundh, Rosenhalla Törnkvist (2006), Alazri *et al.* (2007), Nolan *et al.* (2012), Jongudomkarn, Singhawara e Macduff (2015) e Penha *et al.* (2015), destacaram a importância de proporcionar o desenvolvimento da confiança e do respeito para um bom relacionamento terapêutico entre o usuário e o profissional durante a realização dos atendimentos. Para isso Bezerra *et*

*al.* (2008), Macdonald *et al.* (2008), Baratieri, Mandu e Marcon (2012), Nolan *et al.* (2012), Sousa *et al.* (2013), Bedin *et al.* (2014), Duarte *et al.* (2015b), Doolan-Noble, Gauld e Waters (2015) e Penha *et al.* (2015) trazem algumas características, encontradas em seus estudos, da práxis do enfermeiro que permitem o alcance dessa meta.

De acordo com os autores anteriormente citados as consultas de enfermagem buscam uma visão holística do usuário, em uma abordagem centrada na pessoa, no seu empoderamento, no seu autocuidado e no ouvir, além de ser permeada pelo cuidado longitudinal. Incentivam o diálogo e a expressão de demandas, enfatizam abordagens que avaliam a situação clínica, do ambiente social e da condição psicológica, a partir da história de vida, saúde e doença. A partir desses apontamentos é possível identificar que o fazer desses profissionais buscam a coordenação do cuidado das pessoas com DCNT e a sua autogestão. Além disso, o ambiente da ESF favorece o desenvolvimento de um vínculo, item indispensável na atuação deste profissional, porque permite o acesso, o conhecimento e a intervenção voltada para o contexto em que vivem as pessoas.

Entretanto, não é somente nos atendimentos individuais que é possível criar um bom relacionamento terapêutico, segundo Francioni e Silva (2007), os grupos de convivência permitem o estabelecimento de uma relação de cumplicidade, companheirismo e respeito que auxiliam no processo de viver humano. Baratieri, Mandu e Marcon (2012) descrevem que é possível uma relação interpessoal duradoura com as pessoas por meio dos grupos, pois a troca de experiências auxilia uns aos outros na superação dos problemas.

Além dessas práticas, as visitas domiciliares são vistas como um instrumento importante, que têm como intuito levar a saúde para mais perto das famílias, rompendo com o modelo tradicional (biomédico). As visitas às pessoas com DCNT levam em consideração as condições do meio ambiente e da dinâmica específica de cada casa, com isso é possível identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida e contextualizar os seus problemas com os determinantes do processo saúde/doença, por conseguinte é possível estabelecer medidas de promoção da saúde para as pessoas, suas famílias e comunidade (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012; LIONELLO *et al.*, 2012).

Como se pode observar a família possui papel estratégico no cuidado às pessoas com DCNT e é o ponto focal neste processo (STAJDUHAR *et al.*, 2011; JONGUDOMKARN; SINGHAWARA; MACDUFF, 2015). Segundo Stajduhar *et al.* (2011), no Canadá, os

familiares servem de apoio, pois executam o seu trabalho embasados no modelo da promoção da saúde. Mas, para isso é necessário à sua capacitação e foi o que os autores identificaram. Os enfermeiros de cuidados em casa trabalharam o empoderamento das famílias por meio da educação dos cuidadores, proporcionando-lhes informações sobre a doença e os cuidados.

Uma alternativa identificada por Lukewichet *et al.* (2014), Hudon *et al.* (2015) e Smolowitz *et al.* (2015) no cuidado as pessoas com DCNT foi a gestão de caso. Para os autores este modo de atuação permitiu ao usuário que se sentissem mais apoiados, em especial pelos enfermeiros. Estes profissionais eram o contato preferencial, pois sentiam que suas necessidades eram levadas em consideração e por participarem na elaboração do seu plano de cuidados. Além disso, os usuários destacaram que os enfermeiros informavam, educavam e apoiavam no caminhar pelo sistema de saúde. E por fim, desenvolviam a gestão de caso em conjunto com outras parcerias de cuidados.

Um ponto importante neste campo de ação é que o trabalho do enfermeiro é articulado com toda a equipe da ESF, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do centro de referência para assistência social (PENHA *et al.*, 2015). Como exemplo, há os estudos de Lundh, Rosenhalla Törnkvist (2006) e Geense *et al.* (2013), que identificaram que os enfermeiros da APS da Holanda e da Suécia realizavam encaminhamentos para nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a fim de promover um estilo de vida saudável.

Baratieri, Mandu e Marcon (2012), Nolan *et al.* (2012), Bedin *et al.* (2014) e Campos e Rodríguez (2015) destacam que a abordagem de uma equipe multidisciplinar, à pessoa com DCNT, precisa proporcionar um cuidado integrador e empoderador, para isso é importante que as ações de cuidado sejam alinhadas e coesas, através de um planejamento conjunto, pois, o trabalho específico de cada profissional complementa o trabalho do outro. Para o desenvolvimento dessa estratégia a discussão de casos e / ou o matriciamento, durante as reuniões de equipe, mostra-se como uma alternativa (DUARTE *et al.*, 2015a).

Entretanto, os autores Duarte *et al.* (2015a) e Souza *et al.* (2013) ressaltam que as necessidades dessas pessoas muitas vezes ultrapassam os recursos existentes na unidade de saúde, e por isso é preciso a realização de encaminhamentos para outros pontos da rede. Como exemplo, tem-se o estudo de Duarte *et al.* (2015a), que constatou a

realização de ações de promoção da saúde às crianças com condições crônicas no espaço escolar, através Programa Saúde na Escola (PSE).

## DISCUSSÃO

O conjunto de dados suscitou discussões acerca das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com DCNT na APS. Esta etapa, segundo o proposto por Whittemore & Knafl (2005), corresponde à interpretação dos dados a partir da identificação das relações de semelhanças e diferenças, discutidos na literatura.

Majoritariamente, os artigos se apresentavam na base de dados Scopus (40,54%) o que pode estar relacionado com o fato de que esta base é uma das maiores em resumos e citações de literatura científica revisada por pares. Oferece uma visão abrangente sobre a produção de pesquisa do mundo em diversas nas áreas, dentre a qual se destaca a da saúde (ELSEVIER, 2016).

Considerando o recorte temporal deste estudo, os últimos dois anos (2015 e 2014) foram os que apareceram com maior frequência, totalizando 43,24%, no que se referem ao número total de publicações. Os anos de menor incidência foram 2006, 2007 e 2009, o que correspondeu a 5,41% para cada ano, sendo que em 2004, 2005 e 2010 não se obteve nenhum estudo selecionado. Indo ao encontro desses achados, há a revisão sistemática de Silva, Cotta e Rosa (2013) sobre as estratégias de promoção da saúde e prevenção primária dos principais fatores de risco no combate às DCNT no âmbito mundial, em que um dos resultados encontrados pelos autores foi que, entre os anos de 2001 a 2010, o número de publicações sobre a temática diminuiu consideravelmente, o que representa uma preocupação, afinal as DCNT têm chamado atenção pela sua gravidade e aumento da incidência.

Quanto à abordagem metodológica, a pesquisa qualitativa se mostrou a mais presente, (81,08%) entre os estudos selecionados. Para Freitas *et al.* (2011), este método permite aos profissionais de saúde ampliarem a sua visão do processo saúde/doença, levando em consideração outras análises, como as macroeconômicas e a histórico-cultural. A promoção da saúde, por sua vez, vai ao encontro desse olhar ampliado, ao preconizar um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, que visem atender às necessidades sociais da saúde e garantir uma melhor qualidade de vida para a população (MALTA *et al.*, 2016a).

Com relação ao país com maior número de publicações, o Brasil se encontra em destaque (40,54%), isso pode estar relacionado com o estímulo que a Política Nacional de Promoção da Saúde fornece ao campo da pesquisa científica, tanto na sua primeira versão, em 2006, como na sua atualização em 2014 (BRASIL, 2006; BRASIL 2014). Outro ponto que pode estar associado a esse achado se deve a um descritor utilizado na estratégia de busca elaborada, Estratégia Saúde da Família, que corresponde ao centro ordenador da rede de atenção à saúde do SUS brasileiro (BRASIL, 2012).

Analisando o objeto principal do estudo foi possível observar que a promoção da saúde visa superar o modelo biomédico, para isso, utiliza-se dos campos de ação, propostos pela Carta de Ottawa, que consideram as dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, o cuidado com o ambiente e a reorientação dos serviços de saúde (TAVARES *et al.*, 2016). Desse modo, quando essas práticas estão inseridas no processo de trabalho das equipes de APS se oportunizam novas formas de produção de cuidado (HEIDEMANN; WOSNEY; BOEHS, 2014).

Partindo desses pressupostos, essa revisão apresentou quatro diferentes experiências, em quatro diferentes países, que podem estar relacionadas com o campo de ação elaboração e implantação de políticas públicas saudáveis. No Brasil, o “Fórum da Criança”; em Portugal, a “Carteira Básica de Serviços”; no Canadá, o modelo de atenção em cuidado primário do tipo, centro de saúde comunitário; e, na Nova Zelândia, o “Care Plus”. Em todos os estudos o que se desejava com estas ações era dá maior importância à promoção da saúde, enfatizando o cuidado às pessoas com DCNT, por meio do desenvolvimento de políticas públicas (EGGLESTON; KENNEALY, 2009; HOGG *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2013; DUARTE *et al.*, 2015a).

De acordo com a Carta de Ottawa esse campo de ação demonstra que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, e coloca-a na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores. Esta ação visa combinar as diversas e diferentes abordagens complementares que, de forma coordenada, apontam para a equidade em saúde (WHO, 1986). Essa temática também foi enfatizada durante a Segunda Conferência sobre Promoção da Saúde que deu origem a Declaração de Adelaide (1988). Na ocasião trouxeram à tona o conceito de políticas públicas saudáveis, caracterizadas pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde, equidade e compromissos com as políticas que podem impactar a saúde

da população. Dessa forma, a intersetorialidade se mostrou como uma responsabilização do setor público para o desenvolvimento desse eixo (WHO, 1988).

Entretanto, vale destacar que as experiências encontradas nesta revisão para este eixo, apesar de trazerem à tona a presença de políticas públicas, com o estímulo à promoção da saúde, não abordavam a questão da intersetorialidade, ou seja, ainda ficavam restritas ao setor saúde. O que é desfavorável para o cuidado às pessoas com DCNT, pois segundo Malta *et al.* (2014), a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações propostas para o seu enfrentamento. Os autores durante uma revisão narrativa da literatura sobre a temática identificaram que há grandes desafios para a garantia dos direitos de cidadania e melhoria da qualidade de vida e saúde das populações, sendo que as evidências na produção técnica e científica apontam benefícios para as políticas públicas intersetoriais como resposta a temas complexos, dentre os quais, encontram-se as DCNT. Apesar dos benefícios identificados com esta ação, Malta *et al.* (2016b) destacam que é preciso avançar na integralidade, de forma a mobilizar e tornar o enfrentamento das DCNT um tema transversal ao processo de organização dos serviços e da saúde de forma geral, o intuito é buscar o cumprimento das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022.

O centro do reforço da ação comunitária é o acréscimo do poder das comunidades. A promoção da saúde trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implantação, de modo a melhorar as condições de saúde. O *empowerment* comunitário é desenvolvido através de recursos humanos e materiais da própria comunidade, de modo a intensificar a autoajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis e de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde (WHO, 1986).

Para esse campo de ação, as experiências encontradas abordam de maneira muito sutil essa temática. O que não é um achado favorável, pois o fornecimento de intervenções de promoção da saúde com base na comunidade, nas famílias e indivíduos pode auxiliar na redução da carga da doença (HEIDEMANN; WOSNEY; BOEHS, 2014). Foram incluídos nesta categoria quatro estudos, sendo que dois apresentaram como possibilidades de desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, a participação em grupos sociais presentes na comunidade, já que alguns comportamentos são influenciados por crenças e pelos valores

apreendidos neste contexto (BEDIN *et al.*, 2014; PENHA *et al.*, 2015). Por sua vez, outro estudo de Rada *et al.* (2014), trouxe alguns recursos da comunidade, não relacionados exclusivamente com o setor saúde, que poderiam contribuir para a promoção da saúde, no caso a participação em um curso de alfabetização e a participação ativa no jardim da comunidade. E por fim, Jongudomkarn, Singhawara e Macduff (2015) trouxeram talvez a experiência que mais estimulou o reforço comunitário, que foi o desenvolvimento de fóruns com a comunidade, para a redução do álcool, essa ação abriu espaço para o desenvolvimento e estabelecimento de diretrizes para trabalhar com outros problemas em conjunto com a comunidade. Infelizmente, não foram encontradas, nos artigos selecionados, experiências relacionadas ao controle social e à promoção da saúde para as pessoas com DCNT.

O campo de ação com maior quantidade de estudos encontrados foi o do desenvolvimento de habilidades pessoais. Conforme a Carta de Ottawa, a promoção da saúde se apoia no desenvolvimento pessoal e social, por meio da divulgação, da informação e da educação para a saúde de modo a intensificar as habilidades vitais. Assim, disponibilizam-se mais opções para a população poder exercer maior controle sobre a sua própria saúde e o meio ambiente, bem como, desenvolver ações que conduzam para uma melhor saúde. Para isso, é necessário capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, é o avanço no conceito do *empowerment* individual (WHO, 1986).

Dentro deste campo, as práticas educativas foram as de maior incidência, sendo que o seu desenvolvimento foi observado tanto nas abordagens individuais, como nas coletivas, além das visitas domiciliares. Corroborando com esse achado, Roecker, Nunes e Marcon (2013) descrevem que a educação em saúde é a pedra fundamental do trabalho dos enfermeiros e da equipe da ESF. Ela é considerada, também, a principal ferramenta de construção de um trabalho que valoriza o ser humano, além da questão biológica, que busca o lado social, emocional e espiritual. Nesse sentido, Caçador *et al.* (2015) relatam que a ESF é um ambiente importante para atuação do enfermeiro. Este profissional, além de desempenhar a sua capacidade técnica, deve construir um vínculo com a sua comunidade, de modo a poder desenvolver as suas ações que estão incluídas tanto no âmbito individual e coletivo, conforme as demandas do seu território.

Dentre as ações de âmbito individual se destacam as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares. Para Silva *et al.* (2014), esta atividade privativa do enfermeiro utilizada na prática comunitária, a

consulta de enfermagem, é considerada um elemento essencial no cuidado de saúde às pessoas com DCNT, desde que seja realizada de modo individualizado e participativo, proporcionando condições para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e consequentemente, da sua situação de saúde.

No que se refere às atividades de âmbito coletivo, estas são caracterizadas pelos grupos, que por sua vez têm se mostrado de grande utilidade para o atendimento na área da saúde, em decorrência da sua eficiência na educação e na promoção da saúde. Os grupos proporcionam uma ampliação do entendimento do indivíduo sobre o seu processo saúde/doença, e com isso favorecem as mudanças de hábitos de vida (PAULA *et al.*, 2016). Lemos *et al.* (2013) complementam que esta prática também contribui para o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares e cooperativas, que buscam continuamente alterar as condições de vida das pessoas.

Com relação aos recursos utilizados pelos enfermeiros durante as atividades educativas, Roecker, Nunes e Marcon (2013) identificaram, em seu estudo, que estes profissionais também fazem uso de materiais e formas diferenciadas para executar a educação em saúde, conforme disponibilidade nas unidades. Entre as principais atividades, destaca-se o repasse de informações por meio da fala, seguida de panfletos, cartazes, alguns seriados, *flipcharts*, *banners* e multimídia. Além disso, utilizam materiais práticos e demonstrativos, como modelos de corpo humano, bonecos e outros.

O relacionamento entre usuário e enfermeiro, identificado nesta revisão, é baseado na vinculação e na autonomia, esse olhar diferenciado favorece a verbalização de aspectos do cotidiano, por parte das pessoas com DCNT, criando assim um espaço de reciprocidade entre ambos. Esse ambiente, às vezes, permite criar estratégias que favoreçam a autoestima, autonomia e autocuidado (BEDIN *et al.*, 2014). Heidemann, Wosney e Boehs (2014) reforçam que o estabelecimento de vínculo, através das várias formas de atuação, promove uma relação mais próxima entre comunidade e equipe de saúde, facilitando a adesão da população ao serviço. Por fim, Berardinelli *et al.* (2014) complementam que o enfermeiro pode colaborar para uma mudança no relacionamento entre profissionais e comunidade, incentivando a promoção da saúde, ao valorizar as parcerias em vez das abordagens individuais e paternalistas. Acredita-se que quando os grupos são espaços de acolhimento e partilha de experiências de vida, sentimentos e de vivências, os indivíduos se sentem mais habilitados.

Na perspectiva da temática abordada nas ações educativas encontradas neste estudo, as relacionadas com as mudanças do estilo de vida foram as mais observadas. Segundo Yoshida e Andrade (2016) a DCNT exige um seguimento na APS, à medida que realmente requer mudanças nos hábitos e comportamento das pessoas, sendo este um desafio para o serviço, entretanto este não deve ser o único foco das atividades educativas. Heidemann *et al.* (2012), em uma revisão integrativa, identificaram uma compreensão ingênua e tradicional sobre as concepções de promoção da saúde, onde havia também um enfoque nas mudanças dos estilos de vida para alcançar um completo estado de saúde. Roecker, Nunes e Marcon (2013) descrevem que o trabalho educativo deve incluir orientações às pessoas sobre os modos possíveis de cuidarem de sua saúde, compreendendo as causas e consequências de seu estado. Para isso é preciso que os profissionais despertem nesses indivíduos a consciência da necessidade e importância do cuidado com sua saúde.

A Carta de Ottawa incita que a promoção da saúde é responsabilidade dos serviços de saúde, compartilhado com indivíduos, comunidade, grupos, instituições e outros, ou seja, todos devem trabalhar juntos de modo a reproduzirem um sistema de saúde que contribua para um elevado nível de saúde (WHO, 1986). Teixeira *et al.* (2014) referem que a APS é um eixo estratégico para o desenvolvimento da promoção da saúde, por ter um enfoque na integralidade das ações e de cuidado na perspectiva ampliada com valorização do contexto sociopolítico em que as pessoas se inserem. Por sua vez, esse olhar vai ao encontro das necessidades individuais e comunitárias para uma vida saudável, segundo os autores, afinal, abre canais de comunicação entre o setor saúde e os outros setores, políticos, econômicos, ambientais.

Para Tavares *et al.* (2016), este eixo da Carta de Ottawa representa a adoção de uma nova lógica no processo de trabalho. O enfermeiro, por sua vez, tem contribuído para o desenvolvimento deste eixo, conforme observado nas experiências apresentadas nesta revisão. Caçador *et al.* (2015) também identificaram que este profissional busca ampliar sua autonomia por meio de práticas que visem à integralidade e ao cuidado das famílias e da comunidade, em todo o seu ciclo de vida, sendo que os autores ainda destacam que neste ambiente, um dos propósitos, é a atuação de equipes multiprofissionais, centrada na família.

Guedes *et al.* (2012) afirmam que a abordagem centrada no usuário, bem como o seu empoderamento, nos vários encontros

possíveis, auxilia o enfermeiro a adquirir competências e conhecimentos sobre o manejo da situação de saúde, aumentando a sua satisfação e a adesão aos cuidados. Este achado vai ao encontro das experiências relatadas neste campo de ação da presente revisão, o que demonstra ser um sinal positivo na práxis do enfermeiro.

Contudo, apesar da presença de algumas ações dos enfermeiros irem ao encontro do que preconiza os princípios da promoção da saúde, é preciso avançar em outros pontos. Um dos desafios observados, e que também foram identificados por Malta *et al.* (2014), está relacionado com o enfrentamento das DCNT, para além da organização do setor saúde, é preciso garantir ações nos mais variados âmbitos, em especial a articulação de ações intersetoriais, que busquem alternativas para o enfrentamento das iniquidades ou disparidades em saúde.

Vale destacar que o campo de ação da Carta de Ottawa, criação de ambientes favoráveis, foi o único que não apresentou estudos que contemplassem o seu conceito. Entendido como a proteção do meio ambiente e o acompanhamento das mudanças que este reproduz na saúde reconhece a complexidade das sociedades e das relações de interdependência, entre os diversos setores, fazendo compreender que a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos (WHO, 1986). Este achado traz uma preocupação, a de que a temática está sendo pouco explorada pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com DCNT. Sabe-se que a interação dos sujeitos com o ambiente influencia o padrão de saúde, tanto para o indivíduo, como para sua família e comunidade, requerendo assim, uma abordagem socioecológica à saúde, por meio da melhora das condições ambientais que influenciam os comportamentos em saúde (ALBUQUERQUE *et al.* 2014). Por isso, esta ausência de experiências no campo da APS, para este público das pessoas com DCNT, faz acender um sinal de alerta de que é preciso estimular mais práticas neste campo de atuação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa revisão se acredita ter conseguido alcançar o objetivo proposto inicialmente, o qual teve intuito de analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com DCNT na APS. A partir dos resultados encontrados, constatou-se que a maior parte das experiências de práticas de promoção da saúde estavam relacionadas principalmente a dois campos de ação da

Carta de Ottawa: desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

No primeiro eixo o enfoque era o *empowerment* individual, por meio das práticas educativas em que se estimulavam a autonomia e o autocuidado, entretanto as ações ainda eram muito direcionadas para um estilo de vida saudável, indo na contramão de uma promoção da saúde efetiva. Por sua vez, no segundo campo, as experiências demonstraram que os enfermeiros procuravam desenvolver uma práxis numa nova lógica, em que se priorizava um cuidado longitudinal, centrado na pessoa e nos DSS. Contudo, também se observaram limites, pois as experiências demonstraram pouca articulação com o trabalho intersetorial.

Os outros dois campos, elaboração de políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária, apresentaram experiências, mas em menor quantidade e de características sutis. E por fim, a criação de ambientes favoráveis não apresentou experiências nesta vertente, o que é um sinal preocupante, pois se sabe o quanto o ambiente influencia na qualidade de vida e na promoção da saúde das pessoas com DCNT e o quanto estas patologias vêm ganhando destaque em decorrência do seu grande número de casos.

De maneira geral se pode afirmar que as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros, às pessoas com DCNT, vêm ganhando espaço no cenário de atuação destes profissionais, além disso, também se nota um movimento em direção ao desenvolvimento de uma promoção da saúde em que se preconiza o coletivo, os DSS e o trabalho multidisciplinar. Porém, é preciso destacar que, ao mesmo tempo em que esses avanços acontecem, alguns limites ainda precisam ser transpostos, dentre os quais se destacam o trabalho intersetorial que precisa crescer para além do setor saúde, assim como, a criação de ambientes favoráveis para esta população específica.

## REFERÊNCIAS

AL SAYAH, F. *et al.* Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 2968–2979, 2014.

ALAZRI, M.H. *et al.* UK GPs' and practice nurses' views of continuity of care for patients with type 2 diabetes. **Family Practice**, v. 24, p. 128–137, 2007.

ALBUQUERQUE, O.M. *et al.* Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 604-615, abr./jun. 2014.

ALVES, C.G; NETO, O.L.M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 641-654, mar. 2015.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012.

BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S.. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, Oct. 2012.

BEDIN, L.F. *et al.* Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 61-67, set. 2014.

BÊRDINELLI, L.M.M. *et al.* Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-9, set.-out., 2014.

BEZERRA, S.T. F. *et al.* Ações de enfermagem identificadas no projeto CIPESC® e encontradas na prática educativa de pacientes hipertensos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006.

BEZERRA, N.M.C. *et al.* Consulta de enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. **Rev. RENE**, v. 9, n. 1, p.86-95, jan.-mar. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014.  
CAÇADOR, B.S. *et al.* Ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev. Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, jul.-set. 2015.

CAMPOS, M.R.R.; RODRÍGUEZ, A.C. Abordaje integral de un caso crónico complejo a través de un equipo interdisciplinar en atención primaria. **Enferm Clin.**, v. 26, n. 1, p. 38-44, 2015.

CASS, S.; BALL, L.; LEVERITT, M. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. **Australian Journal of Primary Health**, v. 20, n. 2, p. 203-208, 2014.

DESHEFY-LONGHI, T.; SWARTZ, M.K.; GREY, M. Characterizing nurse practitioner practice by sampling patient encounters: An APRNet study. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 20, p. 281-287, 2008.

DOOLAN-NOBLE, F.; GAULD, R.; WATERS, D.L. Are nurses more likely to report providing care plans for chronic disease patients than doctors? Findings from a New Zealand study. **Chronic Illness**, v. 11, n. 3, p. 210-217, 2015.

DUARTE, E.D. *et al.* Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, Dec. 2015a.

DUARTE, E.D. *et al.* Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 648-655, 2015b.

ECCLES, M.P. *et al.* Instrument development, data collection, and characteristics of practices, staff, and measures in the Improving Quality of Care in Diabetes (iQuaD) Study. **Implementation Science**, v. 6, n. 61, 2011.

EGGLESTON, K.; KENEALY, T. What makes Care Plus effective in a provincial Primary Health Organisation? Perceptions of primary care workers. **Journal of primary health care**, v. 1, n 3, set., 2009.

ELSEVIER. **Produtos:** Scopus. Disponível em: <<http://www.americalatina.elsevier.com/sul/pt-br/scopus.php>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 1-260, jan.-mar. 2014.

FERNANDES, M.T.O.; SILVA, L.B. SOARES, S.M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2011.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, Mar. 2007.

FREITAS, I.C.F. *et al.* Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1001-1012, out./dez. 2011.

GEENSE, W. W. *et al.* Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study, **BMC Family Practice**, v. 14, n. 20, 2013.

GILMOUR, J. *et al.* Primary health care nurses and heart failure education: a survey. **Journal of primary health care**, v. 6, n. 3, p. 229-237, set., 2014.

GUEDES, N.G. *et al.* Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 151-156, 2012.

HAESER, L.M; BÜCHELE, F; BRZozowski, F.S. Considerações sobre autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, abr.-jun., 2012.

HEIDEMANN, I.T.S.B. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. **Ciênc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 613-619, 2012.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

HOGG, W.*et al.* Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. **Open Med.**, v. 3, n. 3, p. 165-173, 2009.

HUDON, C. *et al.* Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. **Annals of Family medicine**, v. 13, n. 6, nov.-dez., 2015.

JONGUDOMKARN, D.; SINGHAWARA, P.; MACDUFF, C. Village Voices: Lessons about Processes for Disease Prevention from a Qualitative Study of Family Health Leaders in a Community in Northeastern Thailand. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, p. 4401-4408, 2015.

LEMOS, L.A. *et al.* Grupo de promoção da saúde para portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 521-6, out/dez 2013.

LIONELLO, C.D.L. *et al.* O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p.103-110, 2012.

LUKEWICH, J. *et al.* Nursing Contributions to Chronic Disease Management in Primary Care. **JONA**, v. 44, n. 2, fev., 2014.

LUNDH, L.; ROSENHALL, L.; TÖRNKVIST, L. Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 3, p. 237–246, 2006.

MACDONALD, W. *et al.* Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 2, p. 191–199, 2008.

MAHMOOD, Q.; MUNTANER, C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. **Glob Health Promot.**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2013.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016a.

\_\_\_\_\_. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, abr-jun. 2016b.

MANTOVANI, M.F. *et al.* A influência dos jogos educativos na compreensão do tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev enferm Herediana**, v. 1, n. 2, p. 130-133, 2008.

MANTOVANI, M.F. *et al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 662-8, dez. 2011.

MAZZUCHELLO, F.R. *et al.* A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 462-472, 2014.

NOLAN, C. *et al.* Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. **Primary Health Care Research & Development**, v. 13, p. 353–363, 2012.

NUNES, G. B.L. BARRADA, L.P. LANDIM, A.R.E.P. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. **Rev. Baiana de Enferm.**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 13-20, jan./abr. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual\\_final.pdf](http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual_final.pdf)>. Acesso em 21 jan. 2016.

PAULA, G.R. *et al.* Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 242-9, mar./apr. 2016.

PENHA, A.A.G. *et al.* Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406-414, jul.-set. 2015.

RADA, L.P.V.D. de *et al.* Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. Gestión de un caso clínico em Atención Primaria. **Enferm Clin.**, v. 24, n. 4, p. 254-260, 2014.

RAQUEL, A.M. Proceso de Atención de Enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. **Archivos de Medicina Familiar y General**, v. 11, n. 2, p. 21-26, 2014.

RETICENA, K. O. *et al.* Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HIPERDIA. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 107-113, abr.-jun. 2015.

RODRIGUES, C.C; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da Saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, jul.-out., 2012.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-65, jan-mar 2013.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, mai. 2011.

SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 34, n. 5, p. 343-350, nov. 2013.

SILVA, T.F.A. *et al.* Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 710-716, jul./set. 2014.

SMOLOWITZ, J. *et al.* Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. **Nurs Outlook**, v. 63, p. 130-136, 2015.

SOUSA, E.F.R. *et al.* Acompanhamento de famílias de crianças com doença crônica: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1367-1372, dec. 2013.

SOUZA, M.B. *et al.* Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 3, 2013.

STAJDUHAR, K. *et al.* Core aspects of "empowering" caregivers as articulated by leaders in home health care: palliative and chronic illness contexts. **Can J Nurs Res.**, v. 43, n. 3, p. 78-94, set., 2011.

TAVARES, M.F.L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, jun. 2016.

TEIXEIRA, M.B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 52-68, out. 2014.

WALLERSTEIN, N *et al.* Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. **Health Promot Int.** v. 26, n. 2, p. 226-36, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**.v. 52, n. 5, p. 543-553, 2005.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy**. Adelaide: WHO, 1988.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014a.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO, 2014b.

YOSHIDA, V.C.; ANDRADE, M.G.G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 597-610, set. 2016.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico também conhecido como modelo e/ou marco teórico é definido por Fawcett (2013) como sendo uma teoria ou um grupo de teorias que fundamentam as hipóteses, políticas e currículo de uma ciência, possuem conceitos limitados, específicos e inter-relacionados. A partir desta concepção, para este estudo, construiu-se um referencial teórico que debate a temática da promoção da saúde e a sua relação com a DCNT.

#### 3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O movimento da promoção da saúde possui uma trajetória histórica marcada pela construção de uma nova concepção de saúde. Durante esse processo grandes modificações ocorreram em seu conceito e em suas ações efetivas, no que se refere ao comportamento social e econômico da população. Por isso, a promoção da saúde continua em constante debate teórico e conceitual, apresentando-se multifacetada, nos diversos campos da saúde humana e da sociedade (HEIDEMANN *et al.*, 2012; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014; RACHADEL, 2014).

Em decorrência dessas muitas características que envolvem o movimento da promoção da saúde, antes de se compreender o atual momento, faz-se necessário retroceder um pouco no tempo a fim de se identificar em que situação surgiu esse movimento. Dessa forma, é possível reconhecer que um dos primeiros autores a utilizarem o termo promoção da saúde foi o sanitarista Henry Sigerist (1946). Na ocasião ele estava a definir as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Para ele a promoção da saúde se referia a dois significados: por um lado, ações de educação em saúde; e por outro, ações estruturais do Estado a fim de melhorar as condições de vida da população (WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009).

Dando continuidade à trajetória, em 1965, outros dois autores de destaque também utilizaram o termo promoção da saúde, ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, foram Leavell & Clark. Este modelo comportaria ‘três níveis de prevenção’, sendo que nesses níveis existiram pelo menos cinco componentes distintos, que poderiam ser aplicados em medidas preventivas, conforme o grau de conhecimento da história natural da doença (BUSS, 2009). Um dos

elementos do nível primário de atenção da medicina preventiva seria a promoção da saúde (CZERESNIA, 2009). O objetivo da aplicação de tais medidas preventivas era, nesta perspectiva da história natural da doença, a de justamente evitar as doenças ou o seu agravamento (WESTPHAL, 2007).

Por outro lado, o moderno conceito de promoção da saúde, diferente do de prevenção de doenças, precisou percorrer outros caminhos, antes de ser discutido, elaborado e desenvolvido nas conferências internacionais. Dentre esses, podemos citar a contribuição que o Informe Lalonde trouxe para o desenvolvimento desse processo. Considerado o primeiro documento oficial a utilizar o termo promoção da saúde, "*A new perspective on the health of Canadians*", foi desenvolvido pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Lalonde, em maio de 1974, quase dez anos após a utilização do termo por Leavell & Clark. Esta publicação, de caráter político, técnico e econômico tinha dois intuítos principais: enfrentar os custos crescentes da assistência médica e questionar a abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, haja vista que este enfoque produzia resultados pouco significativos (WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009).

Outro evento expressivo para a saúde pública mundial e que se seguiu à divulgação do Informe Lalonde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Na ocasião a saúde ficou reconhecida como um direito a ser respeitado não só pela melhoria do acesso aos serviços, como também por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade, por meio da sua estratégia básica de saúde, a APS (WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009). Este acontecimento impulsionou a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no ano de 1986.

Ocorrida no Canadá, esta Conferência foi antes de tudo uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública (WHO, 1986). Teve como principal produto a Carta de Ottawa, termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde a nível mundial (BUSS, 2009). Segundo, Heidemann, Wosny e Boehs (2014), a Carta também continua sendo o principal ideário norteador das políticas governamentais para a área da saúde.

Em seu contexto, a Carta trouxe o conceito de promoção da saúde, entendido como o processo de capacitação da comunidade que visa melhorar a qualidade de vida e saúde (WHO, 1986). O conceito de

saúde adotado pela carta é o proposto pela OMS, dessa forma algumas ações a fim de poder alcançá-la são indicadas, tais como:

os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1986, p.1).

A partir destas concepções, a Carta assume os determinantes múltiplos da saúde e aponta para a intersetorialidade, ao afirmar que a promoção da saúde não é responsabilidade apenas do setor saúde, pois a mesma vai além de um estilo de vida saudável, busca um bem-estar global. Complementando essa afirmação, a carta apresenta as condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, e equidade. Além disso, o documento aborda a equidade em saúde, como um dos focos da promoção, cujas ações devem visar à redução das diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável (WHO, 1986; BUSS, 2009).

Outro ponto importante que a Carta de Ottawa apresenta são as estratégias fundamentais para o desenvolvimento da promoção da saúde que são (WHO, 1986; BUSS, 2009):

- **Defesa de causa:** lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis à saúde;
- **Capacitação:** reduzir as diferenças no estado de saúde da comunidade e assegurar oportunidades e recursos igualitários a fim de capacitar as pessoas para alcançarem completamente seu potencial de saúde;
- **Mediação:** responsabilizar os profissionais, grupos sociais e, pessoal da saúde, pela mediação entre os diferentes interesses, com relação à saúde, existentes na sociedade.

Partindo destas estratégias, a Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação, na qual se espera que as práticas de promoção da saúde estejam pautadas (WHO, 1986; BUSS, 2009):

- **Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis:** a política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde. Deseja-se a identificação e remoção de obstáculos a fim de adotar políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde.

- **Criação de ambientes favoráveis:** reconhece a complexidade das sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores, faz compreender que a saúde não pode ser separada de outras metas e objetivos. Na sua agenda os pontos centrais devem compreender: a proteção do meio ambiente e o acompanhamento das mudanças que este produz na saúde, a conservação dos recursos naturais, assim como a conquista de locais que favoreçam o bem-estar, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade.

- **Reforço da ação comunitária:** o centro deste processo é o acréscimo do poder das comunidades, ou seja, a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. A promoção da saúde trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implantação, visando à melhoria das condições de saúde. É o conceito de *empowerment* comunitário, aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol da saúde.

- **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** a promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Dessa forma, as populações podem exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, assim como fazer opções que promovam uma saúde melhor. É o avanço no conceito do *empowerment* individual, buscando o processo de capacitação (aquisição de conhecimento) e de consciência política.

- **Reorientação do sistema de saúde:** o compartilhamento da responsabilização pela promoção da saúde deve ser realizado entre os indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. É uma visão abrangente e intersetorial e que requer

mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços, a fim de enfocar as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral.

Esses campos de ação devem se constituir como a base para as práticas de promoção da saúde. Partindo desse pressuposto, Rodrigues e Ribeiro (2012) exemplificam que as práticas se constituem como uma possibilidade de reforçar formas mais amplas de intervir em saúde, enfocando os aspectos que determinam o processo saúde/doença. Além disso, essas práticas são importantes para a construção teórica da saúde coletiva, ao valorizarem a universalidade e a integralidade, ao priorizarem a abordagem coletiva, objetivando a redução das desigualdades sociais, o empoderamento e a autonomia das pessoas, a participação social e o saber multiprofissional. Haeser, Büchele e Brzozowski (2012) reforçam esses aspectos, ao relatarem que a promoção da saúde, pretende, por meio de suas ações, apoiar os indivíduos e comunidades, ao possibilitarem escolhas conscientes, conforme suas necessidades e levando em consideração os saberes populares.

Neste sentido, entende-se que de modo resumido as práticas de promoção da saúde se caracterizam por ter uma concepção holística, pela intersetorialidade, pelo favorecimento do empoderamento comunitário e participação social, pela busca da equidade, através de ações sobre os DSS e pelo desenvolvimento de ações multiestratégicas e sustentáveis (MOYSÉS; SÁ, 2014). Dessa forma, as ações de promoção da saúde são constituídas de diversas práticas sanitárias e em um vasto repertório de ações que estimulem a saúde. Logo, podem contar com o envolvimento de inúmeros autores, com a utilização de diversos recursos e realizar-se em diferentes espaços sociais (CINCURÁ, 2014).

Contudo, a especificidade das ações de promoção da saúde não está no tipo de ação, mas sim, no que a caracteriza como uma atividade promotora da saúde, ou seja, é a sua natureza e os fundamentos nos quais se sustenta. Assim sendo, um grupo de educação em saúde, por exemplo, pode reproduzir um modelo biomédico, enquanto uma consulta individual, articulada com outras ações e com enfoque sociopolítico, pode estimular a autonomia e desenvolver habilidades pessoais nos indivíduos (CINCURÁ, 2014).

Portanto, foi a partir da definição desses eixos de ação e do conceito de promoção da saúde proposto pela Carta de Ottawa, que seguiu o debate sobre a temática nas próximas sete Conferências

Internacionais de Promoção da Saúde. No quadro a seguir (Quadro1) encontram-se o panorama geral dessas conferências.

**Quadro 1** - Conferências Internacionais de Promoção da Saúde

CONFERÊNCIA	LOCAL	ANO	TEMA PRINCIPAL
1º - Carta de Ottawa	Ottawa – Canadá	1986	Conceito de promoção da saúde e campos de ação
2º - Declaração de Adelaide	Adelaide – Austrália	1988	Políticas públicas saudáveis
3º - Declaração de Sundsvall	Sundsvall – Suécia	1991	Criação de ambientes favoráveis
4º - Declaração de Jacarta	Jacarta – Indonésia	1997	Reforço da ação comunitária
5º - Declaração do México	Cidade do México – México	2000	Promoção da saúde: rumo à maior equidade
6º - Carta de Bangkok	Bangkok – Tailândia	2005	Determinantes de saúde no mundo globalizado
7º - Declaração de Nairóbi	Nairóbi – Kênia	2009	Lacuna de implementação da promoção da saúde
8º - Declaração de Helsinque	Helsinque – Finlândia	2013	Saúde em todas as políticas
9º - Declaração de Shanghai	Shanghai – China	2016	Desenvolvimento sustentável

Fonte: WHO (1986; 1988; 1991; 1997; 2000; 2005; 2009; 2013a; 2016).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em Adelaide (Austrália), no ano de 1988, que reafirmou os cinco campos centrais da Carta de Ottawa, considerados interdependentes, contudo elegeu como tema central de discussão apenas o plano das políticas públicas saudáveis, avaliado como necessário para que os outros campos possam-se tornar possíveis. Na conferência ficou expresso que essas políticas se caracterizam pelo interesse e preocupação em todas as outras políticas públicas

relacionadas à saúde e à equidade, além de ter o compromisso de verificar o impacto que tais políticas causam sobre a saúde da população. Sugeriram quatro áreas prioritárias a fim de promover ações imediatas neste tema das políticas: (a) apoio à saúde da mulher; (b) alimentação e nutrição; (c) tabaco e álcool e (d) criação de ambientes favoráveis (WHO, 1988; BRASIL, 2002; BUSS, 2009).

No ano de 1991 ocorreu a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, momento em que se originou a Declaração de Sundsvall. Neste documento ficou expresso a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. Esta conferência convocou todas as pessoas e organizações a se engajarem ativamente no desenvolvimento de ambientes – físicos, sociais, econômicos e políticos – mais favoráveis à saúde, reconhecendo que outros setores da comunidade, governo e organizações também têm papel essencial no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde. Além disso, reforçou quatro aspectos importantes para um ambiente favorável: (a) a dimensão social; (b) a dimensão política; (c) a dimensão econômica e (d) a necessidade de reconhecer e utilizar o conhecimento das mulheres em todos os setores (WHO, 1991; BRASIL, 2002; BUSS, 2009).

A declaração de Jacarta surgiu durante a quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (Indonésia), em 1997, a primeira a se realizar em um país em desenvolvimento e a convidar representantes do setor privado. Trouxe à cena a discussão sobre um dos campos de atuação, proposto pela Carta de Ottawa, o reforço da ação comunitária. Revela que a promoção da saúde deve ser desenvolvida em conjunto com a população, e que para que as pessoas possam melhorar a capacidade de promoverem saúde elas devem ter direito de voz, mais acesso ao processo de tomada de decisão e as habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar mudanças (WHO, 1997; BRASIL, 2002; HEIDEMANN *et al.*, 2006; BUSS, 2009).

A quinta Conferência Internacional ocorreu três anos após a de Jacarta, no ano 2000, na Cidade do México. Uma das conclusões obtidas na conferência foi a de que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países, colocando-a como prioridade em todos os níveis: local, regional, nacional e internacional, de modo a buscar a equidade e uma melhor saúde para todos. Além disso, foi debatido sobre a importância das ações intersetoriais, a fim de assegurar a implantação de ações de

promoção e a ampliação de parcerias na área da saúde (WHO, 2000; BRASIL, 2002; HEIDEMANN *et al.*, 2006).

O conteúdo da Carta de Bangkok, construída durante a sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde na Tailândia (2005), é o documento que mais abordou a temática da presente proposta de pesquisa, ao destacar as mudanças ocorridas no contexto da saúde global, no que se refere ao crescimento das doenças crônicas (doenças cardíacas, câncer e diabetes). Sendo que para o enfrentamento dessas situações, e de outras ameaças à saúde, o documento faz menção à promoção da saúde como sendo uma aliada nesse processo, além de ser considerada uma função central da saúde pública (WHO, 2005; HEIDEMANN *et al.*, 2006).

O debate sobre essa temática, na Carta de Bangkok, ocorreu tendo como plano de fundo a discussão sobre a identificação de ações, compromissos e promessas para trabalhar com os determinantes da saúde em um mundo globalizado, por meio da promoção da saúde. Para tornar essa intenção possível, e com isso alcançar saúde para todos, a Carta de Bangkok firmou quatro compromissos chaves: **(a) desenvolvimento da agenda global:** são necessários acordos intergovernamentais fortes que aumentem a garantia de saúde individual e coletiva e diminuam as diferenças nos níveis de saúde de ricos e pobres, para isso é necessário que sejam promovidos diálogos e cooperação entre as nações, a sociedade civil e o setor privado; **(b) responsabilidade de todos os governos:** é necessário abordar com urgência a questão das iniquidades em saúde, portanto sugerem que todos os níveis de governo devam explicitar as consequências para a saúde das políticas e legislações; **(c) meta principal da comunidade e da sociedade civil:** para que suas contribuições possam ser amplificadas e mantidas é preciso que os seus direitos, recursos e oportunidades sejam assegurados no processo de liderança das suas ações de promoção da saúde. Logo, o apoio para a capacitação dos indivíduos é particularmente importante nas comunidades menos desenvolvidas, já que as bem organizadas e empoderadas são altamente competentes na determinação de sua própria saúde; **(d) necessidade para uma boa prática corporativa:** o setor corporativo tem impacto direto na saúde das pessoas e nos determinantes da saúde, dessa forma o setor privado, assim como outros empregadores e o setor informal, são responsáveis por assegurar saúde e segurança no ambiente de trabalho e por promover a saúde e bem-estar de seus empregados, famílias e comunidades,

contribuindo para a redução dos impactos na saúde global (WHO, 2005).

Dando continuidade no processo de apresentação das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a sétima conferência ocorreu em Nairóbi (Kênia) no ano de 2009, a primeira a ocorrer em território africano. Teve como lema “Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação”, onde se tratou de um apelo sobre a importância da promoção da saúde e as dificuldades no seu desenvolvimento, sugerindo a implantação das lições traçadas nas últimas duas décadas por meio das múltiplas cartas, declarações e resoluções, a fim de superarem o abismo entre esse desenvolvimento e a promoção da saúde. Nesta conferência, o tema das DCNT também foi citado, reconhecido como um grupo de condições que está crescendo e que vem acompanhado por um sistema de saúde, que muitas vezes, não possui mecanismos de financiamento sustentável de promoção da saúde para custear esse crescimento. Por fim, é solicitado que os participantes da conferência analisem as lacunas entre o desenvolvimento e a promoção da saúde, e são sugeridos cinco aspectos a serem abordados: (a) empoderamento da comunidade; (b) conhecimento sobre saúde e comportamento; (c) reforço dos sistemas de saúde; (d) parcerias e ação intersetorial e (e) construção de competências para a promoção da saúde (WHO, 2009).

A oitava Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi a realizada em Helsinque, na Finlândia, no ano de 2013, e trouxe ao debate a temática da saúde em todas as políticas. Durante a conferência os participantes afirmaram o seu compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos, e que a saúde é à base do desenvolvimento sustentável. Além disso, reconheceram que os governos devem ter responsabilidade pela saúde da sua população. Dessa forma, esta ação de saúde em todas as políticas é uma abordagem que leva em consideração as políticas públicas em todos os setores e em diferentes níveis de governança, ou seja, é uma ação que fortalece a importância da atuação intersetorial, e que leva em conta o impacto significativo sobre a saúde da população, já que as políticas elaboradas em todos os setores podem ter efeito profundo sobre a saúde da comunidade e sobre a equidade em saúde. Este enfoque reflete os princípios da legitimidade, prestação de contas, transparência e acesso à informação, participação, sustentabilidade e colaboração entre os setores e níveis de governo (WHO, 2013a).

Finalmente, a nona e última Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizou-se entre os dias 21 a 24 de novembro de 2016, em Shanghai, na China. Trouxe como título “Promover a Saúde nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Saúde para todos e todos para a saúde”. Dentre os seus objetivos, encontra-se a necessidade de destacar os elos entre a promoção da saúde e a agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável (WHO, 2016).

A temática é mais do que oportuna para celebrar os 30 anos da Carta de Ottawa. Este documento já reconhecia a necessidade de permitir que as pessoas pudessem aumentar e melhorar o controle sobre sua saúde e bem-estar, por meio da garantia de ambientes saudáveis e sustentáveis para que as mesmas pudessem viver, trabalhar, estudar e brincar. A agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável por sua vez, é um plano de ação mundial ambicioso, publicado pela ONU, e que inclui 17 objetivos, 169 metas e 231 indicadores, que visa possibilitar as pessoas um potencial para viver em saúde com dignidade e igualdade. Mesclando estas duas temáticas, a nona Conferência veio para assegurar a coerência das políticas e o alinhamento das agendas de ação, não deixando ninguém para trás e envolvendo todos os atores para esta nova parceria global, que é alcançar esta agenda transformadora (WHO, 2016).

A Declaração de Shanghai reconhece e reafirma que a saúde e o bem-estar são itens essenciais para alcançar a agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável. O documento deixa claro que a saúde é um direito universal e um recurso essencial para a vida, e que os objetivos do desenvolvimento sustentável devem investir na saúde, de modo a garantir cobertura universal e redução das desigualdades em saúde, ou seja, o intuito é não deixar ninguém para trás. A partir dessas premissas, o documento finaliza comprometendo-se a acelerar a implantação desses objetivos, por meio de um compromisso político, com investimento em promoção da saúde (WHO, 2016).

Convém destacar que durante esta linha do tempo, de 1986 a 2016, algumas outras conferências Regionais, Sub-regionais e Específicas sobre promoção da saúde ocorreram. Estas tinham como intuito abordar problemas específicos de países latino-americanos e/ou outros países específicos, mas sempre levavam em consideração as tendências e experiências internacionais sobre a temática (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

Diante de toda essa trajetória histórica do movimento da promoção da saúde é possível verificar que o seu conceito vem

evoluindo ao longo dos últimos anos, por meio destes inúmeros eventos internacionais, e também através de publicações científicas e resultados de pesquisas, contribuindo assim para aproximações entre teoria e prática (BUSS, 2009). Apesar dessas evoluções, o referencial teórico da promoção da saúde continua sendo a Carta de Ottawa, segundo Malta *et al.*, (2014a), ou seja, mesmo após a sua criação, há 30 anos, ela ainda é o alicerce das discussões que envolvem a temática da promoção. Essa constatação também foi observada por Heidemann *et al.* (2012), quando em seu estudo verificou que independente da origem das publicações, os conceitos de promoção da saúde e qualidade de vida se relacionavam com a Carta de Ottawa, constituindo-se como base teórica não específica. A partir deste histórico internacional, fica a inquietação de como esse processo ocorreu em nível de Brasil. Isso é o que se verá na próxima seção.

### **3.1.1 Promoção da saúde e o contexto brasileiro**

No Brasil, os princípios da promoção da saúde foram incorporados pelo movimento da Reforma Sanitária (MALTA *et al.*, 2014a). Influenciada pelas mudanças no paradigma biomédico, ocorrido no final do século XX, e impulsionada pelo movimento da promoção da saúde em nível mundial, a Reforma Sanitária se consolidou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever no Estado, expresso na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196. Esta situação tencionou a criação do SUS em 1990, que veio ser um novo paradigma, com princípios e diretrizes que norteiam a reorientação de um sistema de saúde equânime e resolutivo (GURGEL *et al.*, 2011; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Para operacionalizar este novo modelo de paradigma, em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado ESF. Esta centralidade na Saúde da Família surge orientada pelos princípios do SUS, de modo a buscar consolidar a APS e a aproximar a população dos serviços de saúde, por meio de um modelo de atenção com estratégias que priorizem a prevenção e a promoção da saúde, sem abandonar o atendimento assistencial (HEIDEMANN *et al.*, 2015).

Os autores Gurgel *et al* (2011) complementam que a criação do PSF/ESF vem com o desafio de fazer a inversão do modelo biomédico de atenção, ao mesmo tempo que precisa proporcionar maior acesso aos serviços e melhorar a interação comunitária, com ações que

transcendam os espaços institucionais de saúde de modo a otimizar e potencializar os recursos disponíveis na comunidade para ações de promoção da saúde.

Outro grande avanço na área da saúde, de modo a melhor compreender como se deu o processo de promoção da saúde no Brasil, foi a publicação em 2006, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria n. 648, de 28 de março, que visou revitalizar a APS no Brasil. Este modelo de atenção é caracterizado pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

A fim de reafirmar o seu compromisso com a APS, em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro, aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, a nova PNAB atualizou os seus conceitos e introduziu novos elementos, referentes ao modelo de atenção para a ordenação das redes. Ainda por cima, destacou a articulação da APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde (BRASIL, 2012b; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Neste contexto da promoção da saúde, é preciso destacar o avanço obtido com a aprovação da PNPS, através da Portaria n. 687, de 30 de março 2006. Esta política propôs o enfrentamento dos desafios de produção da saúde, em um cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exigia a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Para isso, tinha como objetivo “promover a qualidade de vida e, reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”, reafirmando dessa forma, as estratégias da Carta de Ottawa (BRASIL, 2006, p. 17).

Salienta-se, ainda, que a elaboração da PNPS foi oportuna, pois provocou mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Haja vista que a mesma se apresentou como um mecanismo de fortalecimento para a implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que dialogava com as diversas áreas do setor sanitário e da sociedade, proporcionando redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da

população em que todos eram partícipes no cuidado e proteção com a vida (BRASIL, 2006).

Embora a PNPS de 2006 trouxesse benefícios no processo de discussão de promoção da saúde, muitos acontecimentos desenharam novos cenários e apontaram novos desafios e compromissos, o que exigiu a reelaboração de nova política e que se concretizou através da Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). Lançada durante a 14<sup>a</sup> Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doença em Brasília, esta política visa deter o desenvolvimento das doenças crônicas no país. Durante o seu discurso de divulgação, o então ministro da saúde, Arthur Chioro, relatou que este documento reforça o empenho do Ministério da Saúde em assegurar o acesso da população, sobretudo às mais vulneráveis, à educação em saúde, à melhoria de qualidade de vida e ao envelhecimento saudável (SCHMIDT, 2014).

Para alcançar esta pretensão, a PNPS de 2014 tem como objetivo promover a equidade por meio da melhoria das condições e modos de viver, a fim de ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo a vulnerabilidades e os riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Traz em sua essência o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde, proveniente das concepções da Carta de Ottawa (BRASIL, 2014b).

Esta nova PNPS (2014) apresenta algumas inovações, tais como: presença de valores fundantes do processo de efetivação da política (solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social). Adoção de alguns princípios (equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade). Apresentação de temas prioritários (formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento do uso do tabaco; enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura da paz e de direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável). Como também os eixos operacionais, entendidos como estratégias para concretizar as ações de promoção da saúde, respeitando-se os valores, princípios, diretrizes e, objetivos (territorialização; articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial; rede de atenção à saúde; participação e controle social; gestão; educação e formação; vigilância, monitoramento e avaliação;

produção e disseminação de conhecimentos e saberes; comunicação social e mídia) (BRASIL, 2014b).

Além dessas novidades a PNPS também trouxe a presença de alguns temas transversais (DSS; desenvolvimento sustentável; produção de saúde e cuidado; ambientes e territórios saudáveis; vida no trabalho; cultura da paz) que são referências para a formação de agendas de promoção da saúde, com o intuito de adotar estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e, conseqüentemente, desta política de promoção. Dentre estes temas, destaca-se os DSS, equidade e respeito à diversidade que se constitui em identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, visando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, através do diálogo entre os saberes técnicos e populares. Este tema tem relação direta com o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, como veremos na próxima seção (BRASIL, 2014b).

### **3.1.2 Promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde**

O debate sobre os DSS iniciou nos anos de 1970-1980, a partir do momento que se entendeu que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer não eram suficientes para a produção de saúde e qualidade de vida de uma sociedade. Muitos fatores sociais, como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, também influenciam na saúde dos indivíduos (BRASIL, 2011).

A maioria da carga global das doenças e a maior desigualdade da saúde são causadas pelos DSS (WHO, 2013b). Educação, ocupação, renda, gênero e etnia são DSS que possuem forte evidência de se correlacionar com a prevalência das DCNT e fatores de risco, por exemplo, (BRASIL, 2011). Os autores Schmidt *et al.* (2011) acrescentam que os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social, são situações que também contribuem para o desenvolvimento das DCNT no Brasil.

Em decorrência desse cenário, atualmente existe uma oportunidade para atacar as raízes desse sofrimento humano e das mortes desnecessárias, principalmente nas comunidades mais vulneráveis, por meio de ações sobre os DSS. Durante a última década, os conhecimentos científicos sobre essa temática evoluíram, e hoje há condições políticas para ações mais favoráveis. Para aproveitar essa

chance os governos vão precisar de liderança, com base em um domínio da ciência pertinente, e também, visão moral e sabedoria política (WHO, 2010).

Trabalhar sobre os DSS ajuda a melhorar as condições de saúde. A lógica desta atuação está baseada em três temas: reduzir as iniquidades; melhorar a saúde e ampliar o bem-estar; e, promover o desenvolvimento (OMS, 2011). O autor Buss (2010) complementa que a promoção da saúde se refere às ações sobre os DSS, de modo a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Pois para melhorar as condições de saúde de uma população são necessárias mudanças profundas no interior das sociedades, seja nas questões econômicas, seja na intensificação de políticas públicas sociais. Logo, para que uma sociedade conquiste a saúde para todos, é preciso ações de caráter intersetorial e políticas públicas saudáveis, campos de ação proposto pela Carta de Ottawa.

A Carta de Ottawa é o documento que ainda hoje representa uma das principais referências para o desenvolvimento de estratégias e ações na área da promoção da saúde. Ela reafirma os DSS, e indica que, se o tratamento das doenças é uma atribuição específica do setor saúde, a promoção da saúde abarca uma complexidade que o extrapola, necessitando dessa forma de diversas ações intersetoriais para a sua construção, caracterizando assim que a proposta da promoção da saúde é genuinamente intersetorial (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Complementando, Buss (2010) destaca que a atuação sobre os DSS se caracterizam por uma composição inter e intrasetorial, pelas ações de ampliação da consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde e outros. Esta nova proposta, que integra diferentes saberes e práticas, envolve-se de uma nova qualidade organizada para o enfrentamento de problemas em um determinado território.

O autor anteriormente citado ainda destaca a atuação da ESF, como sendo uma proposta promissora e estruturante para essa nova prática, por isso merecem apoio político e técnico para sua implantação. De acordo com Dowbor e Westphal (2013), esta estratégia, que está inserida na APS, possui grande potencial para trabalhar sobre os DSS, entretanto se faz necessária a sua organização por meio de uma estrutura de trabalho que ultrapasse os facilitadores individualizados, presentes na prática atual, e contemple aspectos de gestão do programa.

Diante deste cenário, da importância da atuação sobre os DSS para a promoção da saúde, quando se pensa em DCNT essa ligação é ainda mais relevante, pois se não houver ações sobre estes determinantes

as metas de combate a estas doenças não conseguirão serem cumpridas (OMS, 2011). Os autores Taddeo *et al.* (2012) reforçam esse discurso ao descreverem que ao se pensar em um novo modelo assistencial ao doente crônico, torna-se necessário reestruturar a qualificação dos profissionais atuantes na APS, por meio de uma prática de saúde humanizada e focada nos DSS, repensando a lógica da promoção da saúde para ações com base em questões intersetoriais e interdisciplinares. A fim de compreender um pouco melhor essa necessidade de repensar a lógica da promoção da saúde para a atuação frente a DCNT, é que se apresenta na próxima seção a relação entre essas duas temáticas.

### **3.1.3 Promoção da saúde e o contexto da doença crônica não transmissível**

As DCNT se caracterizam por ter etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa, além de estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2009). Este perfil tem feito com que as DCNT se tornassem objeto de preocupação mundial, em função da sua magnitude. Globalmente elas têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar impactos econômicos negativos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, resultando no agravamento das iniquidades sociais (MALTA *et al.*, 2014b).

Diante dos impactos devastadores que as DCNT vêm provocando, no que se refere aos aspectos sociais, econômicos e na saúde pública, em 2003 a OMS reconheceu a oportunidade de melhorar os serviços de saúde para as condições crônicas, lançando o projeto *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*. Esta publicação apresentou um modelo abrangente para atualizar os serviços de saúde com vistas a tratar as condições crônicas, ou seja, a introdução de novas ideias, métodos ou programas tinham como objetivo modificar a forma de prevenção e gestão das condições crônicas. Desse modo, foram propostos oito elementos essenciais para a sua implantação, a fim de aprimorar os sistemas de saúde, a saber: (1) apoiar uma mudança de paradigma; (2) gerenciar o ambiente político; (3) desenvolver um sistema de saúde integrado; (4) alinhar políticas setoriais para a saúde; (5) aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; (6)

centralizar o tratamento no paciente e família; (7) apoiar os pacientes em suas comunidades; (8) enfatizar a prevenção (OMS, 2003). Este modelo de atenção, aplicado em vários países, muitos deles em países em desenvolvimento, tem apresentado pontos positivos ao se identificarem melhorias em alguns processos e resultados sanitários no cuidado às condições crônicas (MENDES, 2012).

Dando continuidade nas ações propostas para tentar avançar no desafio de combater as DCNT, em Setembro de 2011 os líderes mundiais foram convocados pela ONU a participarem da Reunião de Alto Nível sobre as DCNT, a fim de debater compromissos globais sobre a temática. Esta reunião se tornou um marco histórico e estratégico, pois foi a segunda vez que os Chefes de Estado dos países-membros da ONU se reuniram para debater um tema de saúde no pós-guerra, além de ser um assunto de alta prioridade política, necessitando de uma resposta global frente aos desafios postos por estas condições (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013; WHO, 2014a).

O resultado desta reunião foi à criação de uma declaração política, na qual os participantes se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das DCNT. Neste documento, a OMS ficou de elaborar um conjunto de metas e indicadores para que os avanços nas respostas pudessem ser monitorados. Um deles foi o desenvolvimento do Plano de Ação Global para a prevenção e controle das DCNT (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013; WHO, 2014a).

Outro ponto que a OMS enfatizou, na ocasião, foi à criação das redes de atenção à saúde, como opção de escolha para o enfrentamento desta problemática. Essas redes produzem respostas mais adequadas às necessidades de saúde através da integração sistêmica, rompendo com as estruturas tradicionais e tencionando uma reformulação urgente e uma reorientação do papel da APS no sistema de atenção a saúde, que por sua vez deverá ter a função primordial de centralização e ordenação dos fluxos de paciente dentro dos serviços (GOULART, 2011).

No ano de 2013 houve mais uma importante ação no combate as DCNT, foi à readaptação deste plano de ação, criado em 2011. Na ocasião, a fim de traduzir os compromissos em ações, foi adotado um Plano de Ação Global para prevenção e controle das DCNT (2013-2020) por meio de um quadro global de monitorização com 25 indicadores e nove metas voluntárias, a serem alcançadas até o ano 2025. As nove metas globais são (WHO, 2014a):

1. Redução relativa de 25% na mortalidade global por doença cardiovascular, câncer, diabetes e/ou doença respiratória;

2. Redução relativa de pelo menos 10% no uso nocivo de álcool;
3. Redução relativa de 10% na prevalência de atividades físicas insuficientes;
4. Redução relativa de 30% no consumo médio de sal/sódio pela população;
5. Redução relativa de 30% na prevalência do consumo de tabaco;
6. Redução relativa de 25% na prevalência de pressão arterial elevada ou conter a prevalência do aumento da pressão arterial;
7. Travar o aumento do diabetes e da obesidade;
8. Pelo menos 50% das pessoas elegíveis para receber a terapia medicamentosa e aconselhamento (incluindo controle glicêmico) a fim de prevenir ataque cardíaco e Acidente Vascular Cerebral;
9. Disponibilidade de 80% dos preços acessíveis para tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluindo genéricos, necessários para tratar as principais DCNT em ambas às instalações, públicas e privadas.

Seguindo a tendência mundial e trilhando o mesmo caminho, proposto pela ONU e pela OMS, o Ministério da Saúde brasileiro veio ao longo dos últimos anos desenvolvendo ações, em articulação com inúmeros setores governamentais e não governamentais, a fim de promover a qualidade de vida e prevenir e controlar as DCNT. Dentre estas ações, pode-se citar a divulgação da *Agenda de prioridades para implementação da vigilância, prevenção e controle de doenças não transmissíveis* em 2005. Este documento foi construído durante o I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde, que ocorreu em Brasília, nos dias 20 a 22 de Setembro de 2005, e contou com a participação de mais de 200 técnicos de secretarias estaduais e municipais de todo o Brasil. Neste evento ficaram pactuados quatro eixos de ações que visavam ampliar os compromissos dos gestores nos três níveis do SUS: (1) estruturação do sistema de vigilância de DCNT e seus fatores de risco e protetores; (2) gestão (regulamentação, financiamento, recursos humanos, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade); (3) intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade) e (4) avaliação e apoio à pesquisa (BRASIL, 2005; 2011).

No ano de 2008, o Ministério da Saúde deu outro grande passe no caminho do combate as DCNT, ao lançar as *Diretrizes para a Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Promoção, Prevenção e Cuidado*. O objetivo geral do documento era sensibilizar e subsidiar os gestores e trabalhadores da área da saúde para o compromisso com o desenvolvimento de estratégias setoriais e intersetoriais para o cuidado integral das DCNT, de modo a integrarem os processos de gestão definidos no Pacto pela Saúde e, assim, possibilitarem a reversão do quadro de morbimortalidade referidos as DCNT. As diretrizes propostas foram: (1) fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde para o cuidado integral de DCNT; (2) fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral de DCNT; (3) fortalecimento e reorientação dos sistemas de saúde para o cuidado integral de DCNT e (4) monitoramento e avaliação (BRASIL, 2008).

Por fim, em sintonia com os esforços globais, o Ministério da Saúde lançou em 2011, o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Este plano se constitui em mais um instrumento para transformar a temática da prevenção e controle das DCNT na agenda política e de governo. Seu objetivo é ampliar o comprometimento do país com a temática e com isso apoiar as equipes de saúde a melhorarem suas respostas, frente ao crescimento das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011; 2014c). O plano de ações estratégicas é uma resposta do governo ao desafio de reduzir a morbidade, as incapacidades e a mortalidade causadas pela DCNT, por meio de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce, ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços do SUS, a partir da APS e participação comunitária (BRASIL, 2011).

Três eixos estratégicos fazem parte deste documento, cada um deles com seus objetivos e estratégias a serem alcançados. Os objetivos de cada eixo são (BRASIL, 2011):

- 1. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento:** fomentar e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento da vigilância integrada às DCNT e seus fatores de proteção e risco modificáveis, através do aprimoramento de instrumentos de monitoramento desses fatores. Avaliar e monitorar o desenvolvimento do plano de ação nacional para estas comorbidades;

2. **Promoção da saúde:** fomentar iniciativas intersetoriais (âmbito público e privado) com o intuito de desencadear intervenções e ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamento e estilos de vida saudáveis, sendo prioridade nos três âmbitos: nacional, estadual e municipal. Abordar os DSS no enfrentamento das DCNT. Proporcionar à população alternativas à construção de comportamentos saudáveis ao longo da vida;
3. **Cuidado integral:** fortalecer a capacidade de resposta do SUS, visando um cuidado integral para a prevenção e o controle das DCNT.

Em se tratando especificamente do eixo da promoção da saúde, objeto da presente proposta de pesquisa, as principais ações estão relacionadas: (a) à atividade física; (b) à alimentação saudável; (c) ao tabagismo e álcool e (d) ao envelhecimento ativo. Sendo que as suas estratégias de atuação são (BRASIL, 2011):

- Garantir o comprometimento dos Ministérios e Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT;
- Realizar ações de *advocacy* para a promoção da saúde e prevenção de DCNT;
- Estabelecer acordo com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a prevenção de DCNT e a promoção da saúde;
- Criar estratégias de comunicação sobre a temática;
- Implantar ações de promoção de práticas corporais/ atividade física e modos de vida saudáveis, em parceria com o Ministério do Esporte;
- Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis;
- Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável;
- Promover ações de regulamentação para a promoção da saúde;
- Avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais para o controle do tabaco;
- Articular ações para a prevenção e para o controle da obesidade;
- Fortalecer ações de promoção da saúde e prevenção do uso prejudicado do álcool;

- Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.

Essas estratégias, traçadas pelo Ministério da Saúde, já obtiveram resultados positivos. De acordo com Malta *et al.* (2013), um ano após o lançamento do plano alguns avanços já foram conseguidos, dentre eles: ações de vigilância e monitoramento das metas; ações de promoção da saúde e prevenção no enfrentamento de fatores de risco; fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para abordagem de DCNT, que inclui a APS como meio de articulação com os demais níveis atenção da rede de atenção à saúde.

Além disso, quatro metas já se mostram factíveis de serem alcançadas, levando em consideração os resultados apresentados e as tendências de evolução do programa em 2011 e 2012: redução na taxa de mortalidade prematura por DCNT; redução da prevalência do tabagismo; aumento da cobertura de mamografia e exame citopatológico do colo do útero, nas faixas etárias recomendadas. Contudo, ainda é necessário evoluir em ações intersetoriais, mobilizar e tornar o tema transversal para o processo de organização dos serviços de saúde e das ações intersetoriais, compreendendo que os obstáculos só serão vencidos mediante ações integradas e articuladas pelo conjunto de setores compreendidos, este é o ponto primordial no desenvolvimento da promoção da saúde frente às DCNT (MALTA *et al.*, 2013).

Após cinco anos de implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, outro estudo foi realizado por Malta *et al.* (2016b), de modo a descrever as ações realizadas neste âmbito. Como considerações finais, os autores observaram que os avanços continuam acontecendo nas áreas da vigilância, promoção da saúde no cuidado integral, do mesmo modo em que as metas do Plano vêm sendo alcançadas.

Para se avançar nestes desafios a APS se apresenta como o melhor modelo de organização dos sistemas e serviços, com base em inúmeras e inequívocas evidências. As redes de atenção à saúde, por sua vez, são fundamentais para o preparo desse modelo de serviços. Este mecanismo tem demonstrado melhores resultados em saúde através da diminuição das internações; maior satisfação dos usuários; melhor uso dos recursos; serviços com mais custo/efetivos e de melhor qualidade, dentre outras vantagens. Tratando especificamente sobre as DCNT, esta rede de atenção à saúde tem como intuito qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, prevenção do

desenvolvimento das doenças e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014c).

A partir deste ambiente e da perspectiva de que a promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade de condicionantes da saúde, partindo de uma concepção ampla do processo saúde/doença e seus determinantes. Parece ser uma boa estratégia o combate das DCNT, por meio das ações de promoção da saúde, haja vista que a mesma nasce frente aos desafios sociais, políticos e culturais que começaram a surgir, juntamente com a mudança do perfil epidemiológico da população e da falência do paradigma biomédico (FARIA; MORRAYE; SANTOS, 2013).

Corroborando com esta afirmação, tem-se também a descrição de Mantovani *et al.* (2011), quando relata que para o enfrentamento das condições crônicas, a promoção da saúde se apoia no desenvolvimento das pessoas. Por meio da informação e da educação em saúde, com o intuito de capacitá-las para possibilitar uma vida saudável, conforme suas necessidades, melhorando a sua qualidade e aumentando a capacidade de exercerem controle sobre as suas próprias vidas.

Outro ponto importante e que envolve o combate das DCNT por meio de ações de promoção da saúde são as ações de intersetorialidade. Compreendida como sendo o “modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais” (BRASIL, 2012a, p. 25). E tendo como princípios a corresponsabilidade, a cogestão e a coparticipação entre os diversos setores e políticas em prol de um projeto comum. Presume-se que, quando desenvolvida de forma integrada, a intersetorialidade pode conduzir melhores resultados no caso do enfrentamento da DCNT (MALTA *et al.*, 2014b).

Além disso, o plano de ações estratégicas, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para o Brasil, já previa que as ações de prevenção e controle das DCNT fossem desenvolvidas por meio da articulação e do suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, de modo a obter sucesso contra a epidemia das DCNT (BRASIL, 2011). Ademais Malta *et al.* (2014b) reforçam em seu estudo que, para o enfrentamento das DCNT e a redução das iniquidades além da organização do setor de forma a proporcionar garantia de acesso as ações de assistência, promoção, prevenção e vigilância, torna-se preciso articular as ações intersetoriais, em especial buscando a redução das iniquidades ou disparidades em saúde.

Assim sendo, numa perspectiva mais prática Malta e Merhy (2010) descrevem que uma abordagem focada na promoção, deve incluir, no contexto das DCNT: os fatores de risco e doenças já instaladas; ações educativas e estímulos a mudanças no estilo de vida; estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso; ações produzidas por equipe multidisciplinar; empoderamento do indivíduo para o seu autogerenciamento – autonomia.

A partir das discussões explicitadas se reforça o espaço que a promoção da saúde vem ganhando nos últimos anos, de forma a ser um novo paradigma para a área da saúde, já que o modelo tradicional / biomédico não dá mais conta de explicitar o que acontece nesse cenário complexo e específico das DCNT. A promoção da saúde, ao sugerir práticas que vão além de ações prescritivas, e que envolvem ações sobre as políticas públicas, sobre os ambientes e os DSS, sobre a ação comunitária, as habilidades pessoais, a atuação intersetorial e a reorientação dos sistemas de saúde, vai ao encontro do que vem sendo apresentado na literatura científica sobre formas mais exitosas de combater a epidemia das DCNT, sendo esse apontamento o caminho a ser seguido.

Por fim, é preciso destacar que a PNPS, instituída no país, em 2006, e atualizada em 2014, tem contribuído favoravelmente, para a concretização de práticas de promoção da saúde, especialmente no cuidado às pessoas com DCNT, por meio de grupos de caminhadas, atividades multiprofissionais, engajamento profissional, visitas domiciliares e outros. Todavia, não se pode negar que ainda é preciso avançar, e muito, para que essas atividades se tornem parte do processo diário dos enfermeiros da APS.



## 4 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico seguido para o desenvolvimento desta pesquisa. Por método de pesquisa se entende as técnicas utilizadas pelos pesquisadores para estruturarem seus estudos, reunirem e analisarem as informações relevantes para a questão pesquisada (POLIT; BECK, 2011). Dessa forma, a seguir é abordado o tipo de estudo adotado, o local, os participantes, a coleta e análise dos dados e por fim os procedimentos éticos implicados no desenvolvimento deste estudo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC se constitui como um método que vem sendo desenvolvido desde a década de 1990 para as pesquisas de opinião, de representação social ou de forma mais genérica, de atribuição social de sentido, que possuam como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012). A partir dessa definição, pode-se afirmar que nas pesquisas em que se utilizam a técnica do DSC um dos pontos que se deseja é conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um determinado tema, por isso os autores sugerem a realização de uma pesquisa qualitativa. Pois, para se ter acesso a esses pensamentos, na qualidade da expressão da subjetiva humana, é necessário passar previamente pela consciência humana. Ou seja, é preciso recuperar e resgatar os pensamentos contidos nessa consciência, já que o objetivo deste tipo de abordagem é a geração ou reconstrução de qualidades, como é o caso do pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

A proposta do DSC é que ao se analisar esse material verbal coletado, retiram-se de cada depoimento as ideias centrais e/ou ancoragens e, por conseguinte as suas expressões-chave. Com as expressões-chave das ideias centrais e/ou ancoragens semelhantes, criam-se os diversos discursos sínteses na primeira pessoa do singular. Consequentemente, pode-se afirmar que o DSC é uma reunião, agregação ou soma não matemática de partes isoladas de um depoimento, criando-se assim um discurso coerente em que as partes estão no todo, e o todo é constituído por essas partes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Dessa forma, o DSC se anuncia como sendo:

um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo que viabiliza um pensamento social (Lefèvre; Lefèvre, 2005a, p.16).

Nesse sentido, entende-se que é possível que o pensamento de uma coletividade sobre um determinado tema possa ser visualizado como um conjunto de discursos ou formações discursivas. Partindo desses pressupostos, o DSC tem como objetivo dar luz ao conjunto de individualidades semânticas do imaginário social, ou seja, é uma forma de fazer a coletividade *falar* diretamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

A partir desse objetivo é interessante destacar que o DSC também permite o resgate da representação social, haja vista que se caracteriza pela busca de reconstituir as representações, mantendo a dimensão individual articulada com a dimensão coletiva (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014). Por sua vez, representação social é entendida como sendo a representação de um sujeito que se encontra em relação a outros sujeitos, a respeito de um determinado objeto (JODELET, 1987).

Quando se coletou os discursos de cada participante (enfermeiros) e analisou-os de forma qualitativa, por meio do DSC, foi possível exprimir o que essa coletividade pensava em relação ao objeto do estudo (as práticas de promoção da saúde às pessoas com DCNT) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2012) a escolha pelo local do estudo deve levar em conta alguns aspectos importantes, tais como: a pertinência em relação ao tema e ao problema do estudo, os atores selecionados, bem como a sua acessibilidade. Portanto, o local selecionado para esta pesquisa foi o município de Florianópolis, Santa

Catarina, especificamente os centros de saúde, local em que atuam os enfermeiros das equipes de APS.

A capital de Santa Catarina se situa no litoral do estado, e seu território conta com uma parte insular e outra continental. É o segundo município mais populoso do estado, segundo o Censo de 2010 sua população era de 421.240 pessoas, sendo que as estimativas de 2016 contabilizaram uma população aproximada de 477.798 pessoas. Sua economia está baseada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo. Nesta última área, o município vem se firmando como um centro turístico em decorrência de suas belas praias e pelas localidades onde se instalaram os primeiros imigrantes açorianos (IBGE, 2016; PMF, 2015a; PMF, 2015b).

Nos últimos dez anos, Florianópolis vem trabalhando e investindo profundamente na ampliação da sua rede de saúde, e alcançando bons resultados. A secretaria municipal de saúde guiada pela missão de “promover saúde para todos com qualidade” e pela visão de “ser o melhor sistema de saúde, público, gratuito, integrado e sustentável, para toda a população, com valorização do trabalhador, gestão compartilhada e de qualidade” (PMF, 2014a, p. 6), ampliou a sua APS, construiu unidades de pronto atendimento, centros de atenção psicossocial, policlínicas, qualificou os seus profissionais e, como consequência, obteve um impacto direto nos indicadores de saúde (PMF, 2015a).

Partindo dos pressupostos, missão e visão, e tratando-se especificamente sobre a APS, o município a considera como o centro de comunicação da rede de atenção. Por entender que os seus serviços de saúde são desenvolvidos com o mais alto grau de capilaridade, sendo considerada como uma das portas de entrada do sistema para todas as necessidades e problemas. Portanto, coordena e integra a atenção fornecida em outros níveis (PMF, 2014b). A APS de Florianópolis é organizada na lógica do modelo da ESF, e conta com equipes que são responsáveis pelo acompanhamento e coordenação do cuidado a uma população adstrita, ou seja, por uma determinada área de abrangência (PMF, 2014b). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, na competência de 11/2016, são quarenta e nove centros de saúde, distribuídos em cinco distritos sanitários, a saber: Centro: seis centros de saúde; Continente: onze; Leste: nove; Norte: onze; e, Sul: doze, contabilizando 141 equipes de ESF (CNES, 2016). Por esse motivo, em 2015 o município foi reconhecido pelo Ministério da Saúde

como sendo a capital com 100% de cobertura da APS com a ESF (BRASIL, 2015b).

Por essas considerações peculiares do município, por ser o local de atuação profissional da pesquisadora, por entender que o objetivo do estudo estava relacionado com a atuação dos enfermeiros da APS e por compreender que o foco das equipes da ESF em Florianópolis é atender às demandas e necessidades da população, por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação centradas nas pessoas e famílias, é que foram escolhidos os centros de saúde para a realização desta pesquisa (PMF, 2014b).

A ideia inicial era que vinte e cinco centros de saúde fizessem parte do estudo, ou seja, metade do número total de unidades que o município possui, sendo cinco unidades de cada um dos cinco distritos sanitários, de modo a manter uma paridade entre os referidos distritos. A justificativa para tal escolha se deve ao fato de que, ao se usar o DSC, espera-se que, no final, seja possível alcançar diferentes práticas existentes no universo da pesquisa, até porque cada centro de saúde possui a sua realidade particular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Dessa forma, seria necessária a realização de um sorteio, para definir quais os centros de saúde convidados a participarem da pesquisa. Assim, entrou-se em contato com os cinco distritos sanitários, a fim de sensibilizá-los sobre a pesquisa e estimulá-los a divulgarem a mesma entre os profissionais. Além de solicitar um ponto de pauta na reunião de categoria profissional dos enfermeiros, do mês de maio de 2016, para a realização do sorteio dos centros de saúde que participariam da pesquisa, uma vez que se desejava a presença dos participantes no processo de definição das unidades. Entretanto, não foi possível a realização do sorteio nestas reuniões, pois em dois distritos (Centro e Norte) a reunião foi cancelada em decorrência da realização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Em um distrito (Sul) a reunião foi também cancelada, mas em decorrência de um evento técnico científico alusivo à Semana de Enfermagem. No distrito Leste a pauta da reunião de categoria estava excedida, não sendo possível a inclusão de mais nenhum ponto e, por fim, no distrito Continente o encontro foi agendado para um dia em que a pesquisadora não estaria na cidade, em decorrência de uma capacitação técnica.

Diante desta condição, definiu-se que o sorteio ocorreria na sede administrativa dos distritos sanitários, acompanhados por um profissional técnico do referido local, contudo o distrito Leste solicitou que o sorteio fosse realizado em uma reunião de coordenadores dos

centros de saúde, sendo acatado pela pesquisadora. Assim sendo, por meio de um sorteio eletrônico, os centros de saúde foram definidos, a saber: Centro (Saco dos Limões, Monte Serrat, Trindade, Centro e Prainha), Continente (Jardim Atlântico, Balneário, Capoeiras, Vila Aparecida e Estreito), Leste (Saco Grande, Costa da Lagoa, Itacorubi, João Paulo e Pantanal), Norte (Vargem Pequena, Rio Vermelho, Jurerê, Santinho e Ingleses) e Sul (Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Carianos, Rio Tavares e Fazenda do Rio Tavares).

Com os centros de saúde definidos a entrada no campo ocorreu por intermédio dos coordenadores das unidades, primeiramente por contato eletrônico e posteriormente por contato telefônico, nos casos em que a primeira opção não foi suficiente, o intuito era apresentar a proposta da pesquisa e combinar o contato com os enfermeiros a fim de convidá-los a participar da pesquisa. O coordenador indicava e convidava um profissional para participar da pesquisa, conforme sua disponibilidade de tempo na agenda, sem ter um critério específico para a escolha. Além disso, o coordenador intermediava o agendamento da entrevista, facilitando que a mesma ocorresse de modo a ter menos impacto para o serviço. Ninguém se negou a participar do estudo.

Entretanto, em dois centros de saúde, do distrito sanitário Norte (Vargem Pequena e Jurerê), não se realizou a pesquisa, pois se tratavam de unidades com apenas uma equipe da ESF, e no período de coleta de dados a enfermeira de um entrou em licença-maternidade, sendo seu retorno previsto para o primeiro semestre de 2017; e a outra se encontrava em licença para tratamento de saúde. Logo, estes dois motivos se enquadravam nos critérios de exclusão da pesquisa. Infelizmente, não foi possível realizar a substituição dessas duas unidades, haja vista que a Secretaria Municipal de Saúde havia autorizado a realização da pesquisa somente nas unidades sorteadas anteriormente. Para realizar a substituição seria necessário solicitar novamente autorização, e havia limitação do tempo para a coleta de dados. Assim, o total final de unidades participantes foram vinte e três centros de saúde.

A saída do campo de estudo também foi um compromisso assumido pela pesquisadora para com o local de coleta de dados. Dessa forma, os resultados identificados retornaram para a instituição, secretaria municipal de saúde de Florianópolis, e conseqüentemente, para cada centro de saúde participante, logo após a coleta e análise dos dados, através da apresentação de um relatório de pesquisa.

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os enfermeiros atuantes nas equipes da ESF dos centros de saúde do município de escolha foram os participantes do estudo. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2012), para uma pesquisa em que se utilize a metodologia do DSC se faz necessário que os sujeitos entrevistados tenham alguma relação com o problema a ser investigado, quer dizer, é preciso escolher participantes que sejam capazes de emitir julgamentos, opiniões, posicionamentos e tecer argumentos correspondentes sobre o objeto do estudo. Assim sendo, a opção por este grupo foi ao encontro do que se propunha com a pesquisa, uma vez que se desejava identificar as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT, desenvolvidas por estes profissionais no âmbito da APS.

Dessa forma, de acordo com o número final de centros de saúde participantes, o total de enfermeiros do estudo foi o quantitativo de vinte e três profissionais, sendo um de cada unidade sorteada. Conforme Lefèvre e Lefèvre (2012), quando a população estudada é conhecida, mas de maior abrangência, é possível realizar uma amostra intencional, desde que comporte representantes dos diversos tipos de pessoas envolvidas.

Os participantes do estudo obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, cadastrado e atuante em uma equipe da ESF. Como critério de exclusão se definiu a ausência de experiência profissional na área da APS de no mínimo seis meses de atuação ou estar afastado por férias ou licença. Para as unidades que possuíam mais de um enfermeiro, conforme descrito anteriormente, o coordenador da unidade indicou o profissional, deste modo foi possível manter a paridade de um enfermeiro por centro de saúde, além disso, o contato com os mesmos, para agendamento da entrevista, também foi realizado por intermédio do coordenador.

### 4.4 COLETA DE DADOS

A técnica escolhida para a coleta de dados, junto aos enfermeiros da APS, foi a entrevista semiestruturada, sendo esta realizada pela própria pesquisadora, individualmente, face a face e guiada por um roteiro de perguntas (APÊNDICE B). Este instrumento foi dividido em duas partes, no primeiro momento foram questionados sobre os dados sociodemográfico e profissional dos enfermeiros, com o propósito de caracterizar estes profissionais. E a segunda parte foi composta por

perguntas abertas, que visavam identificar as práticas de promoção da saúde às pessoas com DCNT.

A entrevista semiestruturada é utilizada quando o pesquisador possui tópicos ou questões amplas que necessitam serem abordadas durante o processo de coleta de dados. Para isso, os entrevistadores costumam utilizar um guia de entrevista a fim de garantir que todos os tópicos sejam contemplados. Portanto, a função do pesquisador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011).

Esta definição vai ao encontro do que Lefèvre e Lefèvre (2005b; 2012) recomendam para os trabalhos que aplicam a metodologia do DSC, pois na maioria das vezes, utilizam-se como “matéria-prima” os depoimentos obtidos a partir de entrevistas cujos participantes são, por meio de questões abertas, convidados a falarem livremente sobre o tema, permitindo assim que os mesmos expressem com detalhes os seus pensamentos. Os autores ainda complementam que essa técnica é o modo mais adequado de se obter depoimentos que possam ser posteriormente trabalhos de forma que representem o pensamento de uma coletividade. Em vista disso, esse tipo de coleta de dado justifica, de forma adequada, o que se deseja com este estudo.

Para que as entrevistas produzam bons resultados, alguns cuidados foram seguidos pela pesquisadora e que são recomendados por Lefèvre e Lefèvre (2005a). O local para a realização da entrevista foi previamente escolhido e preparado, mantendo-se a privacidade do participante e do pesquisador, tendo o cuidado de criar um clima o mais informal possível e um ambiente livre de ruídos.

Para o registro das informações obtidas, a partir das entrevistas, foi solicitada a autorização do participante para a gravação em áudio da conversa. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora, logo após a entrevista, sendo que as mesmas foram validadas pelos participantes. Estes dados serão arquivados em local seguro pela coordenadora da pesquisa, na sala do LAPEPS.

O período da realização da coleta ocorreu entre os meses de Junho a Agosto de 2016, e, a critério do participante, todas efetuadas no próprio local de trabalho, em uma sala de consultório, sendo possível manter as condições necessárias para um ambiente favorável à entrevista. O tempo médio de cada entrevista foi de 20-40 minutos.

Destaca-se que, anterior ao início do trabalho de campo, foram realizados pré-testes, utilizando-se o roteiro semiestruturado. Desse

modo, foi possível esclarecer dúvidas e ajustar o instrumento, e com isso tentar obter os melhores resultados.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A construção do DSC é um processo subdividido em diversos períodos e executado através de uma série de operações sobre o material coletado, isto é, consiste em analisar esse material e extrair dele as seguintes figuras metodológicas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a; 2005b):

- Expressões-chave: são trechos ou transcrições literais do discurso, que melhor descrevem o conteúdo, pois revelam a essência do depoimento, o seu conteúdo discursivo;
- Ideias centrais: revelam e descrevem, de maneira sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave. As ideias centrais não são uma interpretação, mas uma descrição do sentido do depoimento ou de um conjunto de depoimentos;
- Ancoragens: são também expressões sintéticas que descrevem não os sentidos, mas a manifestação linguística explícita de uma dada teoria ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa.

Diante destas definições o DSC é a reunião das expressões-chave dos depoimentos que possuem as ideias centrais e/ou ancoragens semelhantes ou complementares. Essas expressões-chave constroem os depoimentos coletivos, que são redigidos na primeira pessoa do singular, a fim de marcar o pensamento coletivo na pessoa de um sujeito coletivo de discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Para a condução da formação do DSC foi utilizado o *DSCsoft*. Este é um programa que foi desenvolvido por uma empresa de informática (Tolteca Informática) em parceria com a Universidade de São Paulo e os professores criadores da metodologia do DSC (Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre). O objetivo do programa é viabilizar as pesquisas desenvolvidas com essa metodologia, tornando-as mais ágeis e práticas, além de proporcionar o alcance e a validade dos resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Portanto, a presente pesquisa foi cadastrada no referido *software*, contendo as questões do roteiro semiestruturado, as características dos

participantes e suas respectivas respostas transcritas. Para a identificação das figuras metodológicas se fez leitura minuciosa das respostas de cada participante. Primeiramente, encontraram-se as expressões-chave, de cada discurso, conforme os questionamentos realizados, ou seja, dentro de cada fala obtida, o que realmente é essencial para responder as perguntas. Com a definição das expressões-chave, passou-se para a etapa da identificação das ideias centrais, que correspondem às expressões sintéticas que realmente expressam o sentido de cada discurso. Por fim, uniram-se as expressões-chave que tinha a mesma ideia central e/ou ancoragem, gerando assim o DSC. Todo o processo foi guiado e permeado pelo referencial teórico da promoção da saúde, por meio, principalmente, da Carta de Ottawa e seus cinco campos de ação articulada as DCNT.

O DSC, por se apresentar como uma pessoa falando por um conjunto de pessoas, mas que na verdade se trata de uma construção artificial, exige que algumas operações sejam realizadas nas partes selecionadas do discurso, de modo “limpá-las” de algumas particularidades (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a). Portanto, nesta pesquisa não foram consideradas as especificidades de sexo, idade, tempo de atuação profissional, ou qualquer outra característica pessoal do participante. Além disso, foram resgatadas as ideias repetidas, de sentidos semelhantes, mas expressas com palavras distintas para a construção dos discursos.

Outro cuidado necessário é que o DSC precisa de um encadeamento narrativo lógico do discurso, de modo a apresentar uma sequência estrutural clara e coerente. Portanto, é preciso sequenciar as expressões-chave de forma que se possa visualizar um começo, meio e fim, ou uma abordagem do mais geral para o menos geral e mais particular. Recomenda-se também fazer uso de conectivos a fim de proporcionar coesão ao discurso, no momento em que se unem as partes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a). Todos esses cuidados descritos e recomendados pelos autores foram tomados pela pesquisadora, durante o processo de elaboração dos DSC.

Uma recomendação técnica sugerida pelo DSC, e que foi seguida nesta pesquisa, é que a apresentação da sua redação apareça em *itálico*, a fim de indicar que se trata de uma fala ou um depoimento coletivo. Não é recomendado colocar “aspas” no DSC, pois não é uma citação (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Para a apresentação dos resultados obtidos várias são as possibilidades, dentre as quais se encontra a exposição do DSC por

pergunta, quando houver mais de um DSC por questão, pode-se apresentar um quadro síntese das ideias centrais (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a). Esta opção foi a seguida por este estudo, dessa forma foram obtidos um total de dezessete DSC, de acordo às ideias centrais semelhantes, conforme QUADRO 2.

**Quadro 2** - Síntese das ideias centrais conforme as perguntas.

<b>PERGUNTAS</b>	<b>IDEIAS CENTRAIS</b>
<b>1.</b> No seu trabalho na APS existem pessoas com DCNT. Como é o seu trabalho com estas pessoas? Fale um pouco sobre essa parte do seu trabalho, o que você faz?	Trabalho por meio da visita domiciliar.
	Trabalho por meio do atendimento individual.
	Trabalho por meio do atendimento coletivo.
	Características do meu trabalho.
<b>2.</b> O que você acha da forma como vocês se organizam como profissionais, como equipe, para o atendimento destas pessoas? Fale um pouco sobre isso.	A organização da equipe no atendimento às pessoas com DCNT é satisfatória.
	A organização da equipe no atendimento às pessoas com DCNT poderia melhorar.
<b>3.</b> Dentro do que você faz com estas pessoas você considera que algumas atividades/práticas são de promoção da saúde? Fale um pouco sobre isso.	As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas em um novo jeito de ver a saúde.
	As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas na educação em saúde.
	As práticas não são de promoção da saúde.
<b>4.</b> O que é Promoção da Saúde para você	Conceito de promoção da saúde a partir de uma visão mais moderna.
	Conceito de promoção da saúde a partir de uma visão mais reducionista.
<b>5.</b> Você desenvolve alguma atividade com estas pessoas fora da área específica da saúde? Fale um pouco sobre	Desenvolvimento de práticas intersetorial.
	Não desenvolvimento de práticas intersetorial.

isso.	
<b>6.</b> Alguma coisa precisa ser feita para incentivar ações de promoção da saúde no seu serviço, ou não?	Incentivar práticas de promoção da saúde que busquem um novo jeito de ver a saúde.
	Incentivar práticas de promoção da saúde, mas sem uma ideia formada sobre como desenvolver essa ação.
	Incentivar práticas de promoção da saúde por meio de melhores condições dos recursos humanos e/ou recursos materiais.
	Incentivar práticas de promoção da saúde que busquem a educação em saúde.

Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

Após o processo de exposição das ideias centrais e dos DSC, realizaram-se as análises críticas reflexivas, dirigidas, com base na literatura nacional e internacional sobre a temática. Além disso, buscou-se embasamento no referencial teórico construído para esta pesquisa, de modo especial nos cinco campos de ação da Carta de Ottawa, 1986, documento que, ainda atualmente, é base para as discussões desta temática. A representação escrita dessa discussão se deu por meio da apresentação de dois manuscritos, conforme exigências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, logo após a apresentação dos resultados quantitativos e de todos os DSC obtidos.

Por fim, entende-se que os depoimentos dos DSC não se anulam ou se reduzem a uma única categoria unificadora, pois o mesmo visa reconstruir, com pedaços de discursos individuais, tantos discursos sínteses forem necessários. Logo, a proposta do DSC é romper com a tradicional lógica do quantitativo classificatório, na medida em que busca o símbolo do conhecimento dos próprios discursos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

#### 4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos princípios da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos. Este documento visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes das pesquisas, à

comunidade científica e ao Estado, partindo da ótica dos referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça social, equidade e outros (BRASIL, 2012c).

Dentre os aspectos éticos relevantes para o alcance do objetivo proposto, destaca-se que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, uma ficou sob a guarda da pesquisadora e a outra ficou de posse do participante. Neste documento foram elucidadas todas as informações pertinentes, ao processo de pesquisa, de maneira clara e objetiva, de fácil entendimento, configurando-se, assim, em um material no qual foi explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou seu responsável legal, de forma escrita (BRASIL, 2012c).

Anterior à assinatura do TCLE foram esclarecidos a todos os participantes a natureza da pesquisa, os seus objetivos, os métodos utilizados, os benefícios previstos, que foram na ordem da contribuição para a construção do conhecimento científico na área das DCNT, da promoção da saúde e da atuação dos enfermeiros da APS. Os potenciais riscos e incômodos também foram apresentados, e estavam relacionados a mínimos riscos de ordem reflexiva, pois o participante podia fazer avaliações pessoais sobre a sua prática profissional de cuidado à pessoa com DCNT, sendo que caso ocorressem esses incômodos a entrevista seria interrompida e seria fornecida a assistência necessária pela pesquisadora, caso ainda houvessem danos sofridos, comprovadamente relacionados ao processo de investigação e participação na pesquisa, o entrevistado teria direito à indenização, portanto não haviam riscos à integridade física do participante (BRASIL, 2012c). Durante todo o processo de coleta de dados nenhuma intercorrência ocorreu no que se refere aos potenciais riscos e incômodos.

Além disso, foram asseguradas a confidencialidade e a privacidade dos participantes, sendo que para a presente pesquisa os mesmos receberam um código (Entrevista 1, Entrevista 2...) para evitar a identificação pessoal, respeitando assim o seu anonimato, bem como a sua dignidade. Os participantes tiveram a livre autonomia de continuar, ou não, no estudo, ou seja, os mesmos tinham a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas solicitar a retirada do TCLE, sem que isso lhes causasse prejuízos. Também foi elucidado o caráter voluntário das participações, e ao lhes solicitar a autorização por escrito da gravação da entrevista foram informados que os dados coletados seriam utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, podendo ser divulgados em eventos e publicações em periódicos

científicos (BRASIL, 2012c). Nenhum participante desistiu da coleta de dados e todos autorizaram a gravação do áudio da entrevista, para posterior transcrição.

Por fim, todas as pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que ao avaliar e decidir se torna corresponsável por garantir a proteção a todos os participantes. Dessa forma o projeto desta pesquisa foi submetido à Plataforma BRASIL, que é o sistema oficial, desde 2012, para a inserção das pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP, sendo que anterior a essa ação foi solicitada a autorização por escrito das instituições envolvidas, no caso Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e UFSC (BRASIL, 2012c). Após apreciação do CEP obteve-se um parecer favorável para a realização da pesquisa, sendo que o parecer consubstanciado do CEP recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)52861616.0.0000.0121 e número do Parecer 1.487.581, datado de 11 de abril de 2016 (ANEXO A).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo os resultados e as discussões são também apresentados em forma de manuscritos, que serão posteriormente submetidos a diferentes periódicos científicos. Esta forma de apresentação está de acordo com o exigido na Normativa n. 01/PEN/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, que determina os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão de curso de mestrado e doutorado em Enfermagem.

O segundo manuscrito se intitula: “Práticas de Cuidado dos Enfermeiros às Pessoas com Doenças Crônica não Transmissível na Atenção Primária à Saúde” e apresenta os resultados e análises do perfil dos participantes e as ideias centrais encontradas na pergunta 1, sobre o trabalho dos enfermeiros com as pessoas com DCNT.

O terceiro manuscrito intitulado “Promoção da Saúde no Cuidado às Pessoas com Doença Crônica não Transmissível na Atenção Primária” versa sobre o perfil dos participantes e as ideias centrais da pergunta 3, que está envolvida com as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros às pessoas com DCNT.

Em decorrência da grande quantidade de dados coletados e pela limitação do tempo serão abordados somente os DSC obtidos com as perguntas 1 e 3, que basicamente conseguem responder ao problema de pesquisa, e alcançam o objetivo proposto para esse estudo. Espera-se que no futuro os DSC obtidos com as outras perguntas, que não foram utilizadas para a elaboração dos manuscritos, sejam utilizados para novas publicações.

A seguir seguem os manuscritos elaborados. Contudo, antes destes será apresentado o perfil dos enfermeiros que compuseram a população do estudo, conforme os dados coletados durante a entrevista e cadastrados no programa *DSCsoft*. Posteriormente serão apresentados os resultados quantitativos que compuseram os DSC. A parte qualitativa, que são os próprios DSC elaborados a partir das ideias centrais, encontra-se do APÊNDICE D ao I. O intuito de apresentar os DSC dessa forma condiz ao desejo de deixar a leitura do trabalho mais leve e prazerosa.

## 5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os enfermeiros foram os escolhidos a fazerem parte desse estudo por estarem diretamente relacionados com o objeto da pesquisa, assim também sugerem Lefèvre e Lefèvre (2012), ao descreverem que se faz necessário que os sujeitos entrevistados possuam alguma relação com o problema a ser investigado. Os autores também recomendam que alguns atributos ou variáveis dos participantes, que podem estar associados e/ou afetando o problema, devem ser considerados, e por isso investigados. A seguir são apresentados os achados encontrados (TABELA 1).

**Tabela 2** - Distribuição das características sociodemográficas e profissional dos participantes. Florianópolis/SC, 2016.

<b>Características sociodemográficas e profissional</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	21 (91,30%)
Masculino	02 (08,70%)
<b>Idade</b>	
25 – 30 Anos	02 (08,70%)
31 – 35 Anos	08 (34,78%)
36 – 40 Anos	04 (17,39%)
41 – 45 Anos	04 (17,39%)
46 – 50 Anos	01 (04,35%)
51 – 55 Anos	03 (13,04%)
56 – 60 Anos	01 (04,35%)
<b>Grau de Escolaridade</b>	
Especialização	21 (91,30%)
Mestrado	01 (04,35%)
Doutorado	01 (04,35%)
<b>Tempo de atuação profissional na APS</b>	
00 – 05 Anos	04 (17,39%)
06 – 10 Anos	07 (30,43%)
11 – 15 Anos	07 (30,43%)
16 – 20 Anos	03 (13,04%)
21 – 25 Anos	02 (08,70%)
<b>Total</b>	<b>23</b>

Fonte: autoras, com auxílio do DSCsoft.

## 5.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A opinião proveniente dos DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2012), apresenta uma dupla representatividade qualitativa e quantitativa. Os resultados quantitativos são obtidos a partir da identificação das ideias centrais provenientes das respostas dos participantes do estudo, o intuito desse momento é apresentar a amplitude das ideias que surgiram. Ou seja, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), se uma pessoa tem um pensamento, uma coletividade de pessoas também apresenta uma distribuição estatística desse pensamento.

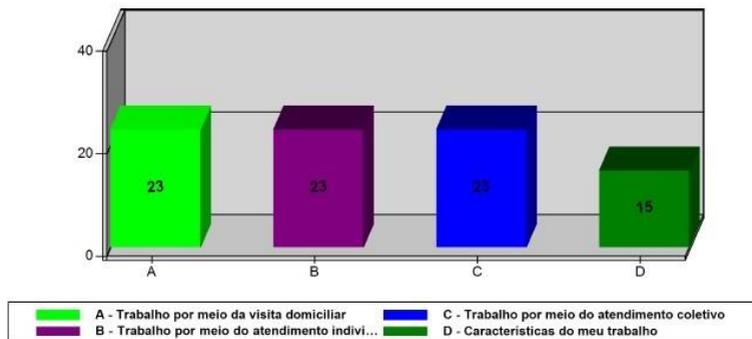
A parte qualitativa do método corresponde ao conteúdo de cada opinião coletiva, e é apresentada sob a forma de um discurso, que recupera os distintos conteúdos e argumentos que compõem a dada opinião (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a). Nesta pesquisa, optou-se por apresentar esses dados, quantitativos e qualitativos, de acordo com as questões aplicadas. A parte quantitativa será apresentada a seguir. Já os DSC ficaram expostos na sessão dos Apêndices, correspondendo às identificações do D ao I, de modo a deixar mais agradável a leitura do estudo.

**Pergunta 1:** No seu trabalho na APS existem pessoas com DCNT. Como é o seu trabalho com estas pessoas? Fale um pouco sobre essa parte do seu trabalho, o que você faz?

Foram encontradas para esta pergunta quatro ideias centrais (GRÁFICO 1).

**Gráfico 1** - Resultados quantitativos da pergunta 1. Florianópolis/SC, 2016.

PESQUISA	(n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
<b>PRÁTICAS DE PS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>			
1 - No seu trabalho na APS existem pessoas com DCNT. Como é o seu trabalho com estas pessoas? Fale um pouco sobre essa parte do seu trabalho, o que você faz?			
A - Trabalho por meio da visita domiciliar	23	27,38 %	100,00 %
B - Trabalho por meio do atendimento individual	23	27,38 %	100,00 %
C - Trabalho por meio do atendimento coletivo	23	27,38 %	100,00 %
D - Características do meu trabalho	15	17,86 %	65,22 %
TOTAL DE IDEIAS		84	
TOTAL DE ENTREVISTADOS		23	



Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

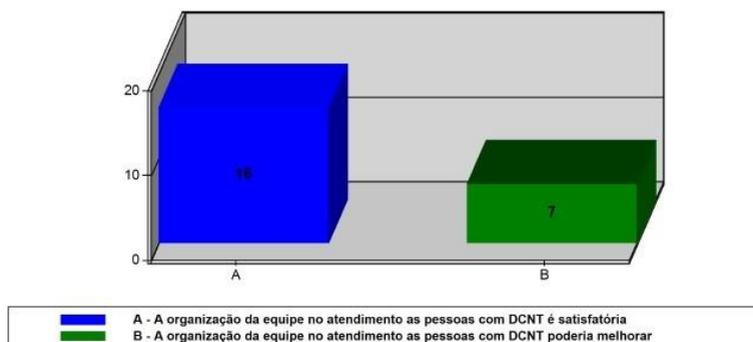
Os resultados qualitativos do DSC, obtidos a partir dessas ideias centrais, encontram-se dispostos no APÊNDICE D.

**Pergunta 2:** O que você acha da forma como vocês se organizam como profissionais, como equipe, para o atendimento destas pessoas? Fale um pouco sobre isso.

Foram encontradas para esta pergunta duas ideias centrais (GRÁFICO 2).

**Gráfico 2** - Resultados quantitativos da pergunta 2. Florianópolis/SC, 2016.

PESQUISA	(n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
PRÁTICAS DE PS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA			
2 - O que você acha da forma como vocês se organizam como profissionais, como equipe, para o atendimento destas pessoas. Fale um pouco sobre isso.			
A - A organização da equipe no atendimento as pessoas com DCNT é satisfatória	16	69,57 %	69,57 %
B - A organização da equipe no atendimento as pessoas com DCNT poderia melhorar	7	30,43 %	30,43 %
TOTAL DE IDEIAS		23	
TOTAL DE ENTREVISTADOS		23	



Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

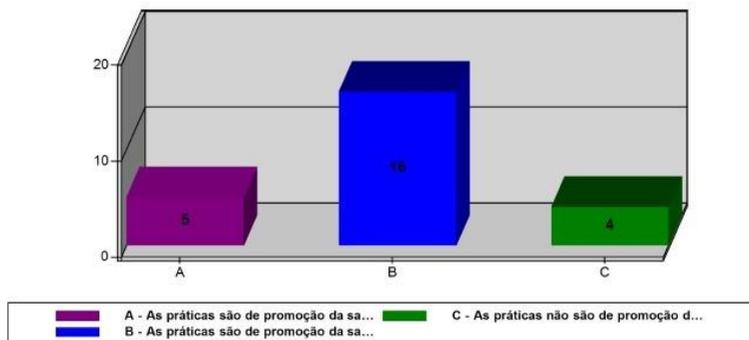
Os resultados qualitativos do DSC, obtidos a partir dessas ideias centrais, encontram-se dispostos no APÊNDICE E.

**Pergunta 3:** Dentro do que você faz com estas pessoas você considera que algumas atividades/práticas são de promoção da saúde? Fale um pouco sobre isso.

Foram encontradas para esta pergunta três ideias centrais (GRÁFICO 3).

**Gráfico 3** - Resultados quantitativos da pergunta 3. Florianópolis/SC, 2016.

PESQUISA	PRÁTICAS DE PS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	(n)	FREQUÊNCIA	FREQUÊNCIA
			RELATIVA (IDEIAS)	RELATIVA (ENTREVISTADOS)
3 - Dentro do que você faz com estas pessoas você considera que algumas atividades/práticas são de promoção de saúde? Fale um pouco sobre isso				
	A - As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas em um novo jeito de ver a saúde	5	20,00 %	21,74 %
	B - As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas na educação em saúde	16	64,00 %	69,57 %
	C - As práticas não são de promoção da saúde	4	16,00 %	17,39 %
TOTAL DE IDEIAS		25		
TOTAL DE ENTREVISTADOS		23		



Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

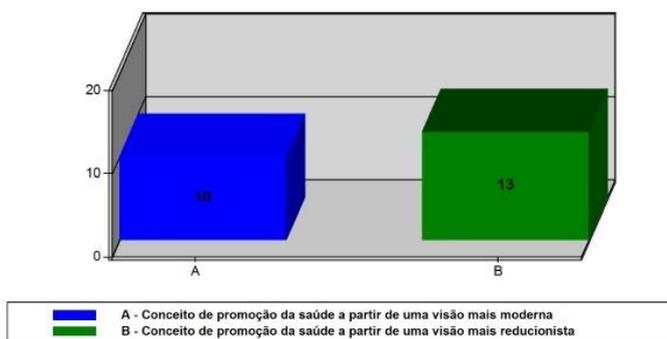
Os resultados qualitativos do DSC, obtidos a partir dessas ideias centrais, encontram-se dispostos no APÊNDICE F.

#### **Pergunta 4:** O que é Promoção da Saúde para você?

Foram encontradas para esta pergunta duas ideias centrais (GRÁFICO 4).

**Gráfico 4** - Resultados quantitativos da pergunta 4. Florianópolis/SC, 2016.

PESQUISA		(n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
PRÁTICAS DE PS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA				
4 - O que é Promoção de Saúde para você?				
	A - Conceito de promoção da saúde a partir de uma visão mais moderna	10	43.48 %	43.48 %
	B - Conceito de promoção da saúde a partir de uma visão mais reducionista	13	56.52 %	56.52 %
TOTAL DE IDEIAS		23		
TOTAL DE ENTREVISTADOS		23		



Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

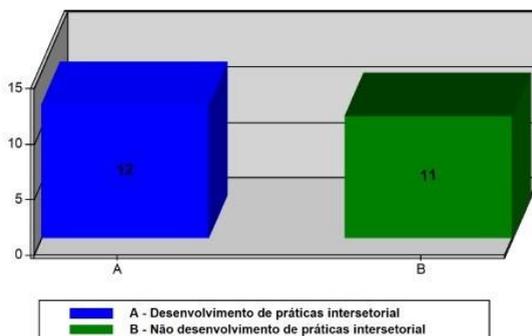
Os resultados qualitativos do DSC, obtidos a partir dessas ideias centrais, encontram-se dispostos no APÊNDICE G.

**Pergunta 5:** Você desenvolve alguma atividade com estas pessoas fora da área específica da saúde? Fale um pouco sobre isso.

Foram encontradas para esta pergunta duas ideias centrais (GRÁFICO 5).

**Gráfico 5** - Resultados quantitativos da pergunta 5. Florianópolis/SC, 2016.

PESQUISA	PRÁTICAS DE PS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	(n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
		5 - Você desenvolve alguma atividade com estas pessoas fora da área específica da saúde? Fale um pouco sobre isso.	A - Desenvolvimento de práticas intersetorial	12
	B - Não desenvolvimento de práticas intersetorial	11	47.83 %	47.83 %
TOTAL DE IDEIAS		23		
TOTAL DE ENTREVISTADOS		23		



Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

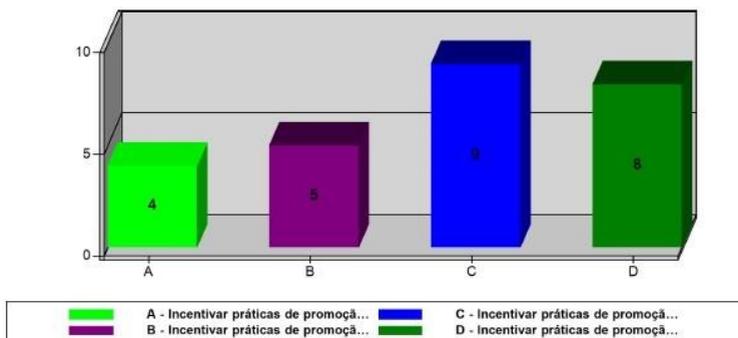
Os resultados qualitativos do DSC, obtidos a partir dessas ideias centrais, encontram-se dispostos no APÊNDICE H.

**Pergunta 6:** Alguma coisa precisa ser feita para incentivar ações de promoção da saúde no seu serviço, ou não?

Foram encontradas para esta pergunta quatro ideias centrais (gráfico 6). Destaca-se que para essa pergunta, um discurso apresentou uma ideia central isolada, ou seja, a expressão de sua essência não foi possível enquadrá-la no contexto das outras ideias centrais. Como apenas uma opinião não forma DSC, destacamos a sua existência, no final dos discursos elaborados (APÊNDICE I).

**Gráfico 6**– Resultados quantitativos da pergunta 6. Florianópolis/SC, 2016.

PESQUISA	PRÁTICAS DE PS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	(n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
		6 - Alguma coisa precisa ser feita para incentivar ações de promoção de saúde no seu serviço, ou não? Fale um pouco sobre isso.	A - Incentivar práticas de promoção da saúde que busquem um novo jeito de ver a saúde	4
	B - Incentivar práticas de promoção da saúde, mas sem uma ideia formada sobre como desenvolver essa ação	5	19,23 %	22,73 %
	C - Incentivar práticas de promoção da saúde por meio de melhores condições dos recursos humanos e/ou recursos materiais	9	34,62 %	40,91 %
	D - Incentivar práticas de promoção da saúde que busquem a educação em saúde	8	30,77 %	36,36 %
TOTAL DE IDEIAS		26		
TOTAL DE ENTREVISTADOS		22		



Fonte: autoras, com auxílio do DSCsoft.

Os resultados qualitativos do DSC, obtidos a partir dessas ideias centrais, encontram-se dispostos no APÊNDICE I.

5.3 MANUSCRITO II – PRÁTICAS DE CUIDADO DOS ENFERMEIROS ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**PRÁTICAS DE CUIDADO DOS ENFERMEIROS ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**NURSING CARE FOR PERSONS WITH CHRONIC NON-TRANSMISSIBLE DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE**

**PRÁCTICAS DE LOS ENFERMEROS DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Renata Machado Becker<sup>1</sup>

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann<sup>2</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** Compreender as práticas de cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível, desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Brasil. **Método:** Estudo qualitativo, desenvolvido por meio da metodologia do discurso do sujeito coletivo. Foram participantes, vinte e três enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família, de vinte e três centros de saúde de um município do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre junho a agosto de 2016, através da realização de entrevistas semiestruturadas e analisados através do discurso do subjetivo coletivo, sendo que a sua formação foi guiada pela utilização do *software DSCsoft*. **Resultados:** As práticas de cuidado dos enfermeiros às pessoas com doença crônica não transmissível são desenvolvidas de acordo com três práticas principais: visita domiciliar, atendimento

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* renatamachado19@gamil.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do LAPEPS. *E-mail:* ivonete.heidemann@ufsc.br.

individual e atendimento coletivo. **Considerações Finais:** O enfermeiro atua de modo diversificado neste campo, (se) mostrando-se presente na vida das pessoas com doença crônica não transmissível. Contudo, é preciso avançar, em alguns pontos, principalmente na busca pelo desenvolvimento constante e contínuo de uma prática de cuidado ampliada e acolhedora.

**Palavras-Chave:** Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Doença Crônica.

### ABSTRACT

**Objective:** understand the practices of care for people with chronic non-communicable disease, developed by primary health care nurses in a city in southern Brazil. **Method:** qualitative research, developed by multiple speeches, the data gathering occurred by semi-structured interviews, in the period between June and August of 2016, in twenty three health centers, with twenty three nurses of family health strategy. The formation of the speeches was guided by the use of the software DSCsoft. **Results:** the health care practices of the nurses to people with chronic non-communicable diseases, are developed by three main practices: home visiting, individual attention and collective attention. **Final Considerations:** the nurses acts in diversified way in this field, shown present in the life of people with chronic non-communicable diseases. But, its needed to go on, in some points, especially looking for a constant developing of a health practice amplified and cozy.

**Key Words:** Nursing Care. Primary Health Care, Nursing, Chronic diseases

### RESUMEN

**Objetivo:** entender las prácticas de atención para las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, desarrollado por enfermeras en la atención primaria de salud en una ciudad en el sur de Brasil. **Método:** Estudio cualitativo, desarrollado a través de la metodología del habla del sujeto colectivo. Los participantes fueron, veintitrés enfermeros que trabajan en equipos de Estrategia de Salud de la Familia, en veintitrés centros de salud del condado del Sur de Brasil. Los datos fueron recolectados de junio a agosto 2016, con la realización de entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron usando el discurso subjetivo colectivo, y su formación fue guiada por el uso del *software DSCsoft*. **Resultados:** los enfermeros de las prácticas de atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles, se desarrollan de acuerdo a tres

práticas principais: visitas al hogar, atención individual y el servicio público. **Consideraciones Finales:** los enfermeros actúan de diversas maneras en este campo, mostrándose presente en la vida de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, se debe progresar en algunos puntos, sobre todo en la búsqueda de un desarrollo constante y continuando una práctica de cuidado prolongado y cálido.

**Palabras Clave:** Asistencia de Enfermería. Atención Primaria de Salud. Enfermería. Enfermedad crónica.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se constituindo como uma forma de organização que tem um potencial resolutivo para a maioria das necessidades de saúde da população, por meio de ações que envolvem a promoção, proteção e reabilitação. Desenvolvida com o mais alto grau de capilaridade e descentralização, objetiva desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das comunidades. Por isso, deve ser o contato e a porta preferencial do usuário na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012b).

Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se mostra como o ponto chave da APS, por reorganizar o modelo assistencial, através da atuação de uma equipe multiprofissional (MELO; WERNET; NAPOLEÃO, 2015). Dentro da ESF, o enfermeiro é integrante da equipe mínima, sendo que sua presença se revela essencial para a expansão e consolidação dessa estratégia. Suas atribuições vão do trabalho de administração e organização do serviço de saúde e enfermagem à realização de ações clínicas de atenção direta à população (MATUMOTO *et al.*, 2011; CAÇADOR *et al.*, 2015; MELO; WERNET; NAPOLEÃO, 2015).

Deste modo, o enfermeiro se envolve nas atividades educativas, assistenciais, administrativas, contribuindo para a resolutividade dos diferentes níveis de atenção à sociedade, em todos os seus ciclos de vida. Assim como, está comprometido com ações e práticas de educação, promoção e prevenção para a comunidade, em busca de uma melhor qualidade de vida, empoderamento crítico e construtivo (MAZZUCHELLO *et al.*, 2014; CAÇADOR *et al.*, 2015).

Essas características dos enfermeiros da APS são essenciais para o trabalho no cuidado às pessoas com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), pois suas ações de promoção da saúde fornecem

o olhar sobre a doença, evitam complicações e melhoram a qualidade de vida desses pacientes, assim como de suas famílias (GUEDES *et al.*, 2012). As DCNT, por sua vez, são consideradas um dos principais problemas de saúde em todo o mundo, em decorrência de sua magnitude, exigindo assim, uma resposta de todos os setores da sociedade (WHO, 2011a; ALVES; NETO, 2015).

Definidas como um grupo de doenças que se caracterizam por sua etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, períodos longos de latência, curso prolongado e estarem relacionados com incapacidades e deficiências funcionais (BRASIL, 2012a), as DCNT geram elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, grau alto de limitação das pessoas para suas atividades habituais de trabalho e lazer, impacto econômico negativo para as famílias, comunidades e sociedade, agravando as iniquidades sociais (MALTA *et al.*, 2014).

Dessa maneira, as DCNT têm assumido valor na atualidade sendo necessária a discussão de práticas de saúde e processos de trabalho, de maneira especial no âmbito da APS (MEDINA *et al.*, 2014). Neste campo, a promoção da saúde se mostra como uma intervenção populacional custo/efetiva e de impacto no enfrentamento desta problemática, por ser uma estratégia que leva em consideração o conceito ampliado do processo saúde/doença e cuidado, bem como os seus inúmeros fatores determinantes (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; WHO, 2011b; LOPES *et al.*, 2013).

Diante desses apontamentos, Acioli *et al.* (2014) destacam que a produção científica nacional sobre o cuidado do enfermeiro na APS se apresenta como um debate a ser construído, em decorrência da sua reduzida produção sobre a temática, indicando assim, a necessidade de avançar na articulação das práticas realizadas por estes profissionais, e na reflexão sobre o seu cuidado neste campo de ação, que é porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, questionou-se, como as práticas de cuidado às pessoas com DCNT são desenvolvidas pelos enfermeiros da APS de um município do Sul do Brasil? Logo, teve-se como objetivo desse estudo compreender as práticas de cuidado às pessoas com DCNT, desenvolvidas pelos enfermeiros da APS de um município do Sul do Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Nas

pesquisas em que se utiliza o DSC o que se deseja é conhecer o pensamento de uma comunidade, sobre uma determinada temática (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Para isso é necessário analisar o material verbal coletado, ou seja, os depoimentos, e identificar as seguintes figuras metodológicas. **Expressões-chave:** trechos literais do discurso, que melhor revelam a essência do depoimento; **ideias centrais:** descrevem de maneira sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada um dos discursos analisados; **âncoras:** expressões sintéticas que descrevem a manifestação linguística explícita de uma teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a; 2005b).

O local da pesquisa foi os centros de saúde de Florianópolis, SC. A APS do município é organizada pelo modelo da ESF, e conta com equipes que realizam o acompanhamento e a coordenação do cuidado, a uma população de uma determinada área de abrangência (PMF, 2014). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, na competência de 11/2016, são quarenta e nove centros de saúde, distribuídos em cinco distritos sanitários, a saber: Centro (6), Continente (11), Leste (9), Norte (11) e Sul (12), contabilizando 141 equipes de ESF (CNES, 2016).

Dessa forma, especificamente vinte e três centros de saúde da APS foram escolhidos por meio de um sorteio eletrônico para participarem do estudo. As unidades ficaram divididas da seguinte forma, de acordo com seus respectivos distritos sanitários: Centro (5), Continente (5), Leste (5), Norte (3) e Sul (5).

Os sujeitos da pesquisa foram vinte e três enfermeiros, um de cada centro de saúde selecionado. Os critérios de inclusão para participar do estudo era ser enfermeiro, cadastrado e atuante em uma equipe da ESF; e como critério de exclusão, a ausência de experiência profissional na área da APS, de no mínimo seis meses de atuação ou estar afastado por férias ou licença. Para a escolha desses profissionais, o próprio coordenador indicava e convidava um profissional para a pesquisa, conforme a disponibilidade de tempo na agenda, sem ter um critério específico para a escolha, lembrando somente dos critérios de inclusão e exclusão, sendo que ninguém se negou a participar.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais, no período de Junho a Agosto de 2016, utilizando um roteiro semiestruturado. O roteiro questionava sobre algumas características sociodemográfico e profissional dos participantes, assim como seis

questões norteadoras, relacionados ao trabalho na APS com pessoas com DCNT, a organização e estruturação dos profissionais e das equipes, e a relação e a compreensão com as práticas de promoção da saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo garantido o anonimato dos participantes, identificando os seus depoimentos com a palavra “Entrevista”, seguida da numeração correspondente à ordem de sua realização. Foram previamente agendadas, via coordenador da unidade, realizadas no próprio centro de saúde, em uma sala de consultório, onde foi possível manter um ambiente silencioso e privativo.

A análise dos dados para a formação do DSC foi orientada pelo *software DSCsoft*, que tem por objetivo viabilizar as pesquisas desenvolvidas por essa metodologia, deixando-as mais ágeis, práticas, proporcionando o alcance e a validade dos resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b). Assim sendo, o estudo foi cadastrado no *software*, contendo as características dos enfermeiros, as questões norteadoras e suas respectivas respostas. Após uma leitura minuciosa e crítica dos dados foi identificada às figuras metodológicas, de modo a unir as expressões-chave de mesma ideia central e/ou ancoragem, obtendo assim o DSC.

Como o DSC se apresenta como uma pessoa falando, por um conjunto de pessoas, mas que na verdade se trata de uma construção artificial, algumas operações foram realizadas nas partes selecionadas do discurso, de modo a formar um discurso claro e coerente. Foram sequenciadas as expressões-chave de forma a conseguir visualizar um começo, meio e fim, visando uma abordagem do mais geral para o mais particular. Não foram consideradas as especificidades de sexo, idade ou outra característica pessoal dos enfermeiros. Foram resgatadas as ideias repetidas, de sentidos semelhantes, mas expressas de formas distintas para a construção dos DSC. A redação aparece em *itálico*, e esta é uma recomendação técnica da metodologia, pois se trata de um depoimento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

A apresentação dos resultados se encontra conforme cada pergunta realizada. Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por utilizar somente as respostas da primeira pergunta, na qual surgiram quatro DSC, conforme as ideias centrais identificadas no QUADRO 1. Com a realização desse processo foram feitas análises críticas reflexivas, baseadas na literatura nacional e internacional sobre a temática, para proceder com as discussões.

**Quadro 3** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.

<b>PERGUNTA</b>	<b>IDÉIAS CENTRAIS</b>
No seu trabalho na APS existem pessoas com DCNT. Como é o seu trabalho com estas pessoas? Fale um pouco sobre essa parte do seu trabalho, o que você faz?	Trabalho por meio da visita domiciliar.
	Trabalho por meio do atendimento individual.
	Trabalho por meio do atendimento coletivo.
	Características do meu trabalho.

Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, recebendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAEE)52861616.0.0000.0121 e o número de parecer 1.487.581, datado de 11 de abril de 2016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme exige a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados estão divididos em duas partes, em um primeiro momento é apresentado o perfil dos enfermeiros que participaram do estudo. Posteriormente, os resultados quantitativos que compuseram os DSC, bem como os qualitativos, que são a exposição dos próprios discursos, elaborados a partir das ideias centrais identificadas, seguidos das discussões acerca da temática.

### **Perfil dos Participantes**

Os enfermeiros fazem parte do estudo, por estarem diretamente relacionados com o objeto da pesquisa. Dessa forma, Lefèvre e Lefèvre (2012) recomendam que alguns atributos dos participantes sejam considerados no processo de investigação, pois podem estar associados com a problemática. A TABELA 1 apresenta os dados coletados e processados pelo *DSCsoft*.

**Tabela 3** - Distribuição das características sociodemográfico e profissional dos participantes. Florianópolis/SC, 2016.

<b>Características sociodemográfico e profissional</b>	<b>N</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	21
Masculino	02
<b>Idade</b>	
25 – 30 Anos	02
31 – 35 Anos	08
36 – 40 Anos	04
41 – 45 Anos	04
46 – 50 Anos	01
51 – 55 Anos	03
56 – 60 Anos	01
<b>Grau de Escolaridade</b>	
Especialização	21
Mestrado	01
Doutorado	01
<b>Tempo de atuação profissional na APS</b>	
00 – 05 Anos	04
06 – 10 Anos	07
11 – 15 Anos	07
16 – 20 Anos	03
21 – 25 Anos	02
<b>Total</b>	<b>23</b>

Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

No que se refere a maior incidência do sexo feminino identificada neste estudo, o resultado é compatível com pesquisas de outros autores, que também revelam ser a feminização das profissões, uma tendência na área da saúde, e conseqüentemente na APS. Algumas razões que impulsionaram as mulheres para o mercado de trabalho podem estar relacionados com a elevação dos níveis de escolaridade e instrução, bem como a redução das taxas de fecundidade e as mudanças econômicas ocorridas no país, que propiciaram um mercado de trabalho aberto à mulher (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; CORRÊA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013).

Com relação à idade dos participantes, a maior incidência estava na faixa etária dos 31 aos 35 anos, uma faixa considerada jovem. Um dos pontos que possa justificar essa presença estaria associado com algumas mudanças curriculares, que enfatizam a capacitação profissional para atender às demandas da APS (COSTA *et al.*, 2013).

No que se refere ao grau de escolaridade, houve um achado importante: todos os 23 (100%) enfermeiros possuíam algum tipo de pós-graduação, sendo a pós-graduação *lato sensu*, que são as especializações, as de maior frequência 21 (91,30%) casos. A tendência de uma melhor qualificação profissional também foi encontrada no estudo de Costa *et al.* (2013) e de Marinho *et al.* (2015), em ambos, observou-se a presença de um grande número de profissionais com algum tipo de pós-graduação. Essa situação pode estar relacionada com a estratégia que o Ministério da Saúde vem utilizando, que é a de favorecer a qualificação profissional, de modo a fortalecer as políticas no setor público (COSTA *et al.*, 2013).

Por fim, a última variável cadastrada no programa *DSCsoft* para caracterizar o perfil dos participantes foi o tempo de atuação profissional na área da APS. A faixa dos 06 aos 15 anos foi a de maior prevalência, perfazendo um total de 14 (60,86%) casos. Esse dado chama a atenção porque demonstra a presença de certa experiência profissional, prática, nesta área de atuação, que se apresenta como a porta de entrada preferencial para a rede de atenção à saúde. Acrescido a essa experiência, destaca-se o dado anterior, que contribui ainda mais para a qualificação profissional, ao identificar que todos os participantes do estudo possuíam algum tipo de curso de pós-graduação, seja *lato sensu* ou *stricto sensu*.

## **Resultados Quantitativos do Discurso do Sujeito Coletivo**

O DSC apresenta uma dupla representatividade, qualitativa e quantitativa. A parte quantitativa provém da amplitude/frequência com que as ideias centrais aparecem nos discursos. Por sua vez, os dados qualitativos correspondem à opinião coletiva apresentada sob a forma de discurso, que recupera os distintos conteúdos e argumentos, que compõem a dada opinião (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a; 2012).

Com o intuito de alcançar o objetivo proposto para esse estudo, a primeira questão da entrevista identificou as seguintes ideias centrais, com sua respectiva frequência de aparecimento, representando a parte quantitativa do DSC (TABELA 2).

**Tabela 4** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.

<b>Pergunta</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Frequência*</b>
No seu trabalho na APS existem pessoas com DCNT. Como é o seu trabalho com estas pessoas? Fale um pouco sobre essa parte do seu trabalho, o que você faz?	Trabalho por meio da visita domiciliar	100,00%
	Trabalho por meio do atendimento individual	100,00%
	Trabalho por meio do atendimento coletivo	100,00%
	Características do meu trabalho	65,22%

Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

\* Essa frequência é relativa, conforme o número total de entrevistados que descreveram a mesma ideia central.

Quando questionados sobre o seu trabalho junto às pessoas com DCNT, os enfermeiros foram unânimes em responder três práticas: visita domiciliar, atendimento individual e atendimento coletivo. Além de descrevem sobre essas práticas, alguns participantes também as caracterizaram, do ponto de vista da promoção da saúde.

Esse achado vai ao encontro do identificado por Acioli *et al.* (2014), em seu estudo sobre as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da APS do município do Rio de Janeiro. Os autores relataram que as práticas que mais se destacaram, também foram as consultas de enfermagem, as visitas domiciliares e as atividades educativas. Essas práticas ganham significado importante, neste ambiente, pois é na APS que os contextos se expressam claramente, através da aproximação social e cultural com a comunidade. Logo, as necessidades são identificadas *in loco*, o que podem proporcionar o desenvolvimento de práticas de cuidado mais coerentes e eficazes.

Os DSC elaborados a partir das ideias centrais serão apresentados a seguir, e logo após a sua exposição, será realizado uma discussão com base na literatura e referencial teórico.

#### **IC: Trabalho por meio da visita domiciliar**

**DSC:** *Eu faço visita domiciliar para pacientes específicos que são os que têm critérios, pessoas idosas, ou realmente muito idosas, ou acamadas, que não conseguem vir na unidade, por dificuldade de*

*deambular. Então a gente acaba indo em casa. Geralmente contempla esse tipo de problema de saúde, para pacientes que têm alguma dificuldade. Além disso, a minha área de abrangência é longe, 90%, têm que ir de carro, então a gente visita mais os acamados que geralmente têm uma hipertensão ou diabetes, por causa do carro, a gente vai naqueles que têm mais dificuldade de limitação física. A visita de rotina, geralmente não é só pelo crônico, deve ter mais alguma comorbidade, não há reserva de vaga para isso. Fazemos em conjunto, médico e enfermeiro, temos uma tabela, pra não ir só quando o paciente procura, para não perder a rotina de acompanhamento. Vamos à casa para várias abordagens, e a gente consegue pactuar tudo isso em reuniões de área, quais são as visitas e direcionar. A demanda vem a partir, tanto do agente comunitário que encontra alguma situação, ou às vezes de um familiar. Eu procuro ir ou um técnico vai, me passa e depois eu vou, geralmente eu não faço com o médico, faço visita com o dentista, enquanto ele vê a avaliação bucal eu faço a minha parte. Temos bastantes casos, algumas visitas que são mais perto, volta e meia estamos indo pra vigiar mais essas questões. As visitas para os pacientes crônicos são para aqueles que estão restritos ao leito, que têm dificuldades de deambular, a grande maioria são hipertensos ou diabéticos. Os respiratórios crônicos, temos um grupo, que são os que utilizam oxigênio domiciliar, que requerem um pouco mais de cuidado, fazemos visitas periódicas. Nessa visita, tem a parte da enfermagem que vê a orientação, os cuidados e esse monitoramento, e a parte médica que vê a parte de medicação, prescrição, mudança de condutas, é feito um trabalho em parceria. Também para os pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, que usam oxigenoterapia, o tratamento é domiciliar. Outra atividade de promoção, é que a gente tem os idozinhos que estão acamados ou limitados na sua residência, não conseguem mais visitar os amigos, parentes, que conviviam antes, então a gente promove um encontro. Não é uma coisa que causa muito impacto, porque acaba atingindo poucas pessoas, mas é uma qualidade de vida que estamos promovendo. A gente usa o carro da visita domiciliar e promove um idoso visitar o outro, é uma forma de estar promovendo também um pouco de qualidade de vida para eles. Lá a gente conversa com o paciente, vê como é que são as condições de moradia, orienta as melhorias que têm que ter na casa, autocuidado são coisas desse tipo, alimentação. Eu gosto de fazer as visitas, e acho que as pessoas gostam bastante. É uma atividade muito interessante, em que a gente de fato se integra com a comunidade e eles começam a te*

*aceitar. Quando tu vai a casa deles, eles se sentem acalentados, cuidados e eu acho que é exatamente assim quando a gente cuida de uma comunidade.*

Pode-se observar que o DSC obtido, apresenta pontos fortes e fracos na prática de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros, com relação à visita domiciliar. Dentre as fortalezas, encontram-se o trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe básica da ESF, o planejamento das ações com vistas à continuidade do cuidado, o uso de tecnologias simples e que levam à promoção da qualidade de vida, educação em saúde e um olhar para os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ao levarem em conta a moradia das pessoas, o seu acesso à alimentação e ao autocuidado. Como ponto fraco, pode-se citar o fato de que as visitas não são realizadas apenas em decorrência das DCNT, mas por causa da restrição de mobilidade das pessoas que, na maioria dos casos, está relacionada com a presença de uma DCNT.

Lionello *et al.* (2012), em seu estudo também identificaram que as visitas domiciliares permitiam conhecer as condições de vida das pessoas. As principais demandas de atendimentos que surgiram foram para as pessoas com DCNT, acamadas, com dificuldades de locomoção e idosas. Sendo que o foco do cuidado é o acompanhamento clínico e as atividades de educação.

Sabe-se que as visitas domiciliares estão entre as atribuições comuns de todos os profissionais da ESF, e que sua proposta é se contrapor com as práticas alicerçadas na doença. O que se deseja é compreender o contexto familiar, através da presença dos profissionais no local onde vivem, interagem e se relacionam os indivíduos de sua comunidade (BRASIL, 2012b; LIONELLO *et al.*, 2012).

Esse olhar sobre os DSS, bem como uma prática de saúde humanizada, associada à lógica da promoção da saúde para ações com base na intersetorialidade e na interdisciplinaridade, são segundo Taddeo *et al.* (2012), itens necessários ao se pensar sobre um novo modelo assistencial à pessoa com DCNT. Por isso, as visitas domiciliares se apresentam como uma possibilidade de levar a saúde para mais perto das famílias, rompendo com o modelo biologicista (LIONELLO *et al.*, 2012). Portanto, o enfermeiro utiliza a visita domiciliar como estratégia de cuidado, pois ele desenvolve ações de modo ampliado, incluindo um recorte individual biológico e o contexto social, ao se avaliar as condições de saúde da família e propor condutas (KAWATA *et al.*, 2013).

**IC: Trabalho por meio do atendimento individual**

**DSC:** *A gente mudou o sistema de consulta/acolhimento, não tem mais agendamentos. A pessoa chega e todas vão ser atendidas, começamos há pouco tempo, e estamos com sucesso. Se for caso para enfermeira, eu atendo, se for para o médico, fazemos o encaminhamento se precisar fazemos interconsulta. Com o protocolo de hipertensão e diabetes, eu faço a consulta, e depois inverte, consultou comigo dessa vez, a próxima é com o médico. Portanto, não tenho uma agenda para consultas programadas, fica mais na demanda espontânea. Faço consultas regulares, de acordo com a necessidade, respeitando o protocolo. Minha agenda é livre, pra quem necessitar conversar ou consultar com a enfermeira, não tem limite. Nas consultas de demanda espontânea se aborda os cuidados gerais, alimentação, medicamento, com hipertensos e diabéticos. De quem eu fico mais perto são os diabéticos insulínodpendentes, talvez por causa dos insumos, dos relatórios, o contato é mais frequente. Então, eles, são o grupo que eu mais estou conseguindo trabalhar, depois do protocolo de enfermagem. No acolhimento eu já abordo sobre os exames, o uso dos medicamentos, quem ajuda. Eles podem chegar à recepção e fazer o agendamento, embora ainda não procurem muito, também marcamos por telefone ou por e-mail. Portanto, organizamos o nosso processo de trabalho, as agendas, metade acolhimento e metade agendamento de horário. Eu tenho horários fixos de atendimentos a pessoas de grupos de risco, idosos, hipertensos, diabéticos e faço atendimentos de demanda espontânea durante o dia. No acolhimento ele traz a demanda, fazemos as orientações de cuidados, fazemos muita educação em saúde e com o protocolo eu acho que vai melhorar o trabalho em equipe, médico e enfermeiro, para atender esses pacientes. Por causa disso, o hipertenso e diabético a gente tem um referenciamento entre a equipe, manejamos entre médico e enfermeiro. Por exemplo, eu com o médico, que trabalha na área, temos uma parceria, eu faço um pré-atendimento, antes da renovação de receita, do diabético e hipertenso, não se renova sem uma consulta com a enfermeira. Temos uma organização de fluxo de atendimento, uma agenda mais livre, fácil de marcar, a demanda é organizada, damos conta, conseguimos fazer um trabalho preventivo, individualmente não deixamos a desejar. Assim, o que eu mais faço é atendimento de consultório, fazendo promoção, prevenção e atenção, na demanda espontânea e programada. Tenho atendido bastante e eles já estão começando a acostumar que eu faço isso. Com isso estamos trabalhando mais direcionados, porque temos o respaldo do nosso*

*protocolo, ganhamos bastante autonomia, como enfermeiro. Desde que saiu eu tenho procurado aplicar realmente o que é permitido e fazer as ações que são preconizadas. Os pacientes crônicos respiratórios não tenho uma maior ação de promoção da saúde. Os demais, doença cardiovascular, risco cardíaco elevado, esses ficam dentro dessas outras comorbidades, não tenho uma agenda, eles vêm conforme necessidade, e acaba na demanda espontânea. Como eles são um grupo mais complexo, acaba passando mais com a parte médica, mas eles sempre vêm na orientação. Com relação as questões dos cânceres, temos colaborado com os diagnósticos, e vistos os encaminhamentos iniciais, principalmente na prevenção do câncer de útero e de mama.*

O DSC elaborado deixa claro que uma das práticas de cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros às pessoas com DCNT são as consultas de enfermagem. De caráter privativo do enfermeiro, conforme os documentos que regulamentam a profissão da Enfermagem, a saber, Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 1986; 1987). Esta prática também foi identificada por Acioli *et al.* (2014) em seu estudo, para os autores a consulta era um espaço que oportunizava ouvir as demandas dos usuários, avaliar suas condições de saúde físicas e emocionais, conhecer e entender o contexto em que vivem essas pessoas, favorecendo dessa forma, um momento de fortalecimento do vínculo profissional/usuário.

Dentro desta prática, uma das ações destacadas no discurso foi a educação em saúde. Segundo Roecker, Nunes e Marcon (2013) a educação em saúde se constitui como pedra fundamental do trabalho dos enfermeiros, e conseqüentemente da equipe da APS. É uma ferramenta que permite o desenvolvimento de um trabalho que valoriza o ser humano, para além da parte biológica, busca o lado social, emocional e espiritual.

Contudo, percebe-se neste estudo que a educação em saúde está muito baseada nas questões do estilo de vidas das pessoas com DCNT, enfatizando uma alimentação saudável, o uso de medicamentos e outros. Yoshida e Andrade (2016) chamam a atenção para esse fato, os autores descrevem que as pessoas com DCNT necessitam de um seguimento contínuo na APS, haja vista que esta situação exige algumas mudanças nos hábitos e comportamentos das pessoas, contudo esta abordagem não deve ser o foco das ações educativas, já que não se mostra suficiente para o controle adequado dessas doenças, é preciso considerar o que elas pensam e o que sentem, frente a esta condição de saúde.

Assim, o trabalho educativo deve, conforme Roecker, Nunes e Marcon (2013), despertar nas pessoas a consciência do cuidado com sua saúde, por meio de orientações sobre os modos possíveis para o seu desenvolvimento, bem como compreender as causas e as consequências de seu estado de saúde. Portanto, segundo Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), é preciso incentivar a autonomia das pessoas e comunidades, por meio da promoção da saúde, para que possam exercer uma independência sobre sua saúde.

Por sua vez, as consultas de enfermagem são realizadas de forma espontânea e programadas. A demanda espontânea corresponde às necessidades de atenção em que não existe um atendimento agendado, enquanto as demandas programadas correspondem às ações que são agendadas previamente (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006; BRASIL, 2013). Essa característica vai ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica quando descreve que dentre as atribuições específicas do enfermeiro, encontra-se a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2012b).

O município onde o estudo ocorreu tem estimulado a prática da demanda espontânea, por meio da sua Carteira de Serviços da APS, publicada em 2014. Dentre as diretrizes para a organização do acesso local, encontra-se a recomendação de se configurar as agendas, dos diversos profissionais da equipe básica, de modo que, em média, 50% da agenda, em todos os turnos, sejam destinadas à demanda espontânea, preferencialmente vinculada à equipe da ESF (PMF, 2014).

Caçador *et al.* (2015) descrevem que um dos desafios dos enfermeiros da ESF é a sobrecarga de trabalho, principalmente pela organização da demanda espontânea. Para os autores esta situação acaba prejudicando o desenvolvimento de ações que compõem as atribuições dos enfermeiros atuantes na APS, tais como a promoção da saúde, a prevenção de agravos e as visitas domiciliares. Consequentemente, essa realidade pode gerar pouca reflexão sobre a prática deste profissional.

Ao mesmo tempo em que a demanda espontânea se apresenta como um desafio, o seu atendimento, segundo Souza, Zeferino e Fermo (2016), tem o potencial de melhorar a qualidade no cuidado prestado, pois os profissionais da APS, na maioria das situações, possuem vínculo com a sua população e conhecem o seu histórico de saúde. Dessa forma, Tesser e Norman (2014) recomendam que a APS deve organizar o seu processo de trabalho de modo a integrar as ações programáticas e espontâneas, ou seja, programar e desenvolver as atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e ao mesmo tempo priorizar

a solução das problemáticas mais comuns, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.

Outro ponto positivo que emergiu desse discurso foi a presença do trabalho interdisciplinar, de modo especial entre enfermeiro e médico, através de interconsultas. Segundo Farias e Fajardo (2015) esta é uma tecnologia leve, que facilita e potencializa para a integralidade nos serviços de saúde, através do diálogo e da educação permanente entre os membros das equipes.

Por fim, uma questão a destacar é a publicação pela Secretaria de Saúde do “Protocolo de Enfermagem Volume 1 – hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares” em 2016. Para os participantes do estudo, este protocolo lhes possibilitou um atendimento mais direcionado para esse público, assim como mais autonomia no cuidado as essas pessoas.

Este protocolo foi construído pela Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do município, visando melhorar a qualidade do atendimento prestado à população, bem como a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a valorização dos profissionais, por meio da ampliação das atribuições dos enfermeiros da rede e da sistematização da sua assistência (PMF, 2016). Para Almeida *et al.* (2016, os protocolos clínicos são importantes para o sistema de saúde, pois permitem padronizar as condutas clínicas com base nas melhores evidências científicas, de modo a promover proteção dos profissionais que estão envolvidos com o cuidado, além de uma melhor assistência à sua população.

### **IC: Trabalho por meio do atendimento coletivo**

**DSC:** *Outro momento que eu atuo é com o grupo de diabéticos insulinos dependentes, eles se reúnem junto com os residentes NASF, o próprio NASF e a equipe em geral. Eu faço um trabalho com eles, entrego as fitas, faço orientações, exame dos pés e há um cronograma de palestras e profissionais. De grupo, temos também o do tabagismo, onde os pacientes crônicos estão incluídos, principalmente os hipertensos, sendo que sou uma das responsáveis. No grupo de diabéticos sempre tem um tema diferente pra gente abordar, e a adesão está crescendo. Esse grupo é a equipe que toca, cada uma tem o seu, foi a melhor maneira, o atendimento funcionou bem, percebe-se que os pacientes estão bem integrados, têm vínculo, vimos a necessidade de modificar e passar a ser por área pra gente renovar as prescrições, fazer esse acompanhamento mais de perto. Esse grupo do diabético,*

geralmente quem coordena é a enfermeira, mas ela pede ajuda dos outros profissionais, a gente faz na comunidade. O foco maior é nos insulino dependentes, mas tem os crônicos também, o hipertenso que vem para tirar dúvidas. A gente pensa em chamar mais gente para está trocando ideias. Está mudando o perfil um pouco, porque ele era um grupo de diabéticos só, e tinha uma cultura, que vinha só os insulino dependentes, aí começamos a ampliar para que venham todos os diabéticos, é uma forma de promoção, dentro da doença. Temos o grupo que tenta levar as pessoas a focar mais em coisas boas, que vão melhorar a sua qualidade de vida, e não ficar focando na doença, no problema são para pessoas que precisam está dando a volta por cima em algum momento da sua vida. Ele é conduzido sempre por alguém da equipe, mas quem está bastante é a farmacêutica e a psicóloga. Outra atividade que é recente é a horta e as plantas medicinais, quando implantamos a horta a gente começou a trabalhar isso nos grupos, eles vão lá, podem pegar e levar para casa, a farmacêutica está nos dando apoio. A gente já promoveu algumas vezes da educadora física participar desses nossos grupos e fizemos de ir às academias públicas, ensinar as pessoas a como usar. Portanto, a gente faz em conjunto com o NASF os atendimentos de promoção, focando esses grupos. A atividade física em saúde é o grupo que é feito com a participação de um integrante da equipe. Agora iniciou o grupo de Yoga, que a residente faz, a de educação física do NASF. As queixas respiratórias, não temos um grupo específico, abordamos nos grupos crônicos. Uma paciente fragilizada, convidamos para o grupo de psicologia ou para alguma programação. O Floripa Ativa é um grupo mais fechado, funciona no nosso conselho comunitário, é um público mais de idosos. Temos o grupo voltado para o resgate da essência da mulher, que é feito com a educadora física, fisioterapeuta e sempre com a enfermagem. O grupo dos hipertensos e diabéticos, a enfermeira tem alguns contatos e costuma trazer convidados. Temos o estágio da nutrição que colabora com a formação alimentar, através do grupo de alimentação saudável com a nutricionista, que é porta aberta. Também temos um grupo de cantoria, eles fazem atividades de canto em domicílio de pacientes com doenças crônicas, geralmente acamados, são moradores e profissionais da unidade. Pessoas com sofrimento psíquico é uma coisa que tem nos chamado muito a atenção. Temos o grupo de acolhimento com essas pessoas, que é conduzido por uma psicóloga, às vezes com a participação de psiquiatra, médicos, enfermeiros, farmacêuticos. Portanto, não temos nenhum grupo

*específico de tratamento preventivo para essas pessoas, temos outros grupos, como de saúde mental. O que acabo pegando de hipertensos e diabéticos é no grupo do tabagismo, porque eles são encaminhados por conta dessas patologias. Assim, atividade de grupo definida, toda semana, uma vez por mês, não temos. O grupo não é sempre, não é rotineiro, vamos vendo a necessidade. Já se tentou várias técnicas de trabalhar com hipertenso e diabético, mas a população não quer palestra, quer consulta e também porque a gente não tem como fazer pelo espaço. A gente não tem um grupo da equipe, não conseguimos se organizar pra isso, porque é muita coisa. Em suma, a experiência nossa é que eles não são adeptos a grupo, então facilitamos o acesso, e a parte de grupos falta esse interesse cultural da população. O grupo de diabéticos começou a acontecer, mas eu preparava, e vinha uma pessoa, então cancelei. A nossa população é mais idosa, e eles não curtem muito essa questão de grupo, é uma característica daqui. Eu não trabalho mais com grupo, mas não que eu não acredite. Também não conseguimos permanecer com esse grupo porque tivemos um problema com relação à mudança do posto de saúde, tivemos que sair para reformar, e não retomamos ainda, mas existe uma ideia de se fazer isso.*

Os grupos operativos terapêuticos têm se mostrado como uma possibilidade de prática educativa, utilizada pelo enfermeiro na APS. Por grupo terapêutico, entende-se como sendo um conjunto de pessoas que possuem problemas semelhantes e que se reúnem para trocar experiências, conhecimentos e adquirir novas habilidades em busca de uma melhor qualidade de vida. Essa modalidade, portanto permite um empoderamento de conhecimentos, discussões, críticas e construção de práticas saudáveis, por meio da prática de educação em saúde (MAZZUCHELLO *et al.*, 2014). Entretanto, foi também possível observar no discurso dos enfermeiros, que alguns não realizam essa prática de cuidado, principalmente pela justificativa da baixa adesão das pessoas da comunidade ao grupo.

No presente estudo a educação em saúde, nas sessões grupais, apresenta-se de forma constante, contudo a mesma vem sendo abordada por meio de palestras e temas pré-definidos. O que faz pensar em uma educação bancária, e que muitas vezes não estimula a reflexão crítica, podendo justificar o esvaziamento dos grupos, assim como a não realização desta prática, na rotina de trabalho destes profissionais, que muitas vezes têm dificuldade de mediatizar uma atividade em grupo. Os resultados encontrados por Mendonça e Nunes (2014) em sua pesquisa,

sobre as atividades em grupos de educação em saúde, também revelaram que o índice de estratégias participativas se apresenta inferior, quando comparado às estratégias tradicionais. Além disso, esse tipo de abordagem, por meio de palestras, produz baixa adesão das pessoas aos serviços, gerando frustrações nos profissionais e, conseqüentemente, suspensão da prática de cuidado.

Uma das características presente nos grupos foi a presença de uma dimensão técnica, ou seja, o aproveitamento da ocasião para a entrega das fitas de glicemia, renovação das receitas dos medicamentos de uso contínuo, exame dos pés e outros. Acioli *et al.* (2014) também percebeu em sua pesquisa que dentro das atividades educativas, existia uma ênfase na dimensão técnica do cuidado. Esse achado dos dois estudos podem, segundo os autores, estar relacionado com o avanço tecnológico que contribui para um cuidado focado em procedimentos técnicos, influenciados pelo modelo tradicional, que prevê práticas assistenciais mecanicistas e fragmentadas, que priorizam ações curativas. Essa constatação vai na contramão do que preconiza a promoção da saúde, que se baseia em uma concepção holística, na intersetorialidade, no empoderamento, na participação social, na equidade e nas ações sobre os DSS (MOYSÉS; SÁ, 2014).

É importante destacar que também é possível observar a presença de grupos que fogem da lógica do modelo biomédico, observado pela descrição de participantes integrados e com vínculo com a equipe. Dessa forma, Mazzuchello *et al.* (2014) reforçam que os grupos, em que se desenvolvem a educação em saúde, não devem ser o local onde o enfermeiro fala e a comunidade escuta, deve haver uma permuta de conhecimento com outro e não para o outro. O desenvolvimento da prática da educação popular pressupõe abertura, disponibilidade de ouvir o outro e horizontalidade na relação e na ação educativa.

Uma característica importante e que foi observada nesse discurso, mas que também já foi citada anteriormente é a presença marcante da prática inter e multidisciplinar, aqui de maneira especial entre os membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), contudo em alguns casos, percebeu-se que a presença do enfermeiro se mostrava de maneira sutil no desenvolvimento e participação dos grupos. Para Duarte e Boeck (2015) o trabalho em equipe no setor saúde é de extrema relevância, tendo em vista a complexidade que se configura os problemas dos indivíduos, e de modo particular o das pessoas com DCNT. Dessa forma, o trabalho em equipe possibilita uma abordagem mais completa e integral da população, bem como uma reorganização do

processo de trabalho, ao permitir a troca de conhecimento, a união e a busca de um mesmo resultado e comprometimento com a saúde.

Por fim, outra análise possível se refere aos grupos realizados pelos enfermeiros às pessoas com DCNT, sendo na maioria dos casos desenvolvidos em conjunto com outros profissionais. Os exemplos mais citados foram às práticas educativas para as pessoas com diabetes, de maneira especial as insulíndependentes; grupo de combate ao tabagismo, onde as pessoas com hipertensão geralmente estavam incluídos; de saúde mental; sobre alimentação saudável e estímulo à atividade física, além da presença das práticas integrativas e complementares, na presença das hortas e plantas medicinais. Percebeu-se que as pessoas com DCNT possuem um vasto campo de atividades grupais a seu dispor, algumas de forma mais direcionada para a problemática da doença crônica, outras direcionadas para práticas promotoras de saúde. Infelizmente, em algumas situações os grupos não eram realizados de forma rotineira, ou seja, eram pontuais, conforme necessidade do centro de saúde.

Esse achado vai, em parte, ao encontro do que Mazzuchello *et al.* (2014) identificou em seu estudo, sobre a atuação dos enfermeiros nos grupos terapêuticos na ESF. Os autores observaram a presença de grupos na área da hipertensão, diabetes e de combate ao tabagismo. Oliveira *et al.* (2011) também percebeu em seu estudo a realização de grupos para as pessoas com hipertensão e diabetes, por parte desses profissionais da APS. Um dos motivos que pode estar relacionado ao maior desenvolvimento de grupos, direcionados para esse público, pessoas com hipertensão e diabetes, pode estar relacionado com a sua situação epidemiológica, ou seja, essas doenças estão entre os quatro principais grupos de DCNT. Para se ter uma ideia, em 2012, a nível mundial, 82% dos óbitos por DCNT foram decorrentes das seguintes situações: doenças cardiovasculares (46,2%), cânceres (21,7%), doenças respiratórias (10,7%) e diabetes (4%) (WHO, 2014a; WHO, 2014b).

### **IC: Características do meu trabalho**

**DSC:** *Hoje em dia está faltando essa parte de promoção, a gente acaba sendo engolido pelo sistema, queremos mudar um pouco isso, porque trabalhamos no programa de saúde da família. E já iniciamos esse processo, através de uma abordagem integral do indivíduo, temos condições de conhecê-lo e de fazer toda a parte de saúde da família. Sempre estamos monitorando a questão da integralidade, dos fluxos de encaminhamentos. O pessoal está bem sintonizado, fazendo um trabalho*

*multiprofissional, se referenciando para ter fortalecimento da equipe. Conseguimos oferecer pelo menos um acesso com uma escuta, apesar do excedente populacional e subdimensionamento de equipe. Nos grupos, o trabalho é junto, não é meu trabalho só, mas é junto com a equipe. Trabalhamos bastante com o NASF, com eles fazemos matriciamento, na mesma reunião eu consigo discutir o caso e direcionarmos as ações. Temos um acesso e um vínculo melhor com esse paciente, então conseguimos fazer o acompanhamento. Temos várias possibilidades de acesso ao serviço, e tentamos moldar de acordo com a realidade local, ajustar conforme disponibilidade. Os meios de acesso com essas pessoas são o acolhimento, todos os dias, o dia inteiro, foi a forma com que conseguimos ampliar mais o acesso. Com o protocolo de enfermagem, também estamos trabalhando mais próximo deles, então eles sempre mantêm um vínculo com o enfermeiro, o acesso é mais facilitado, e eles vêm para essa parte de orientação. Geralmente é feito um trabalho em parceria, do enfermeiro e do médico, acompanhando juntos. Também trabalhamos com vigilância dos marcadores, hipertensos e diabéticos é constante. Um grupo de doença não transmissível que estamos trabalhando, são as pessoas com sofrimento psíquico. Esta unidade já trabalha com acesso avançado, independentemente do grupo da pessoa, trabalhamos 100% portas abertas, as pessoas conversam com a gente pelo e-mail. Temos um controle de listas, onde se acompanha nas reuniões de área quais são os pacientes que precisam de maior vigilância. Dessa forma, temos esse monitoramento mais frequente, e com isso um vínculo, de não só de renovar a receita.*

Observou-se nos discursos dos enfermeiros que alguns, além de descreverem suas práticas de cuidados junto às pessoas com DCNT, também as caracterizavam do ponto de vista de uma prática de cuidado promotora de saúde. Diante desse fato, achou-se por bem formar um DSC com essas características, já que a promoção da saúde tem se mostrado como uma proposta que visa deixar de lado o modelo de atenção biomédico, e enfrentar a problemática das DCNT.

Alguns apontamentos já foram abordados e discutidos nos discursos anteriores, mas convém destacar o trabalho em equipe, inter e multidisciplinar, o vínculo, a facilidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a continuidade do cuidado, por meio da vigilância de território, e a ampliação da clínica do enfermeiro por meio da divulgação dos protocolos de enfermagem. Tendo em vista estes

aspectos, Rodrigues e Ribeiro (2012) descrevem que as práticas de promoção se constituem como possibilidades de reforçar formas mais amplas de intervir sobre a saúde da população, ao levarem em consideração os determinantes do processo saúde/doença, valorizarem a universalidade, a integralidade e a abordagem coletiva, visando a redução das desigualdades sociais, o empoderamento e a autonomia das pessoas, a participação social e o saber multiprofissional.

Apesar dos enfermeiros já sinalizarem um novo jeito de pensar a saúde, para além da ausência de doença, ainda é possível notar a presença de alguns rótulos, tais como a utilização de termos como “hipertensos”, “diabéticos”, “respiratórios”, “pacientes”. Ou seja, o discurso descreve a presença de algumas práticas efetivamente de promoção da saúde, mas ainda é possível notar a interferência do paradigma biomédico permeando, como pano de fundo essas práticas, visto que é difícil romper este modelo de atenção hegemônico nos serviços de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final das análises, chega-se à consciência do quão importante é compreender como os enfermeiros da APS desenvolvem suas práticas de cuidado às pessoas com DCNT. Este grupo por sua vez vem chamando a atenção pela sua situação epidemiológica alarmante.

Nos resultados encontrados, três práticas se destacaram e foram citadas por todos os participantes: visita domiciliar, atendimento individual e atendimento coletivo. Estas, por sua vez, se caracterizavam ora de maneira ampliada, ora de maneira restritiva. Ou seja, foi possível identificar nos discursos que os enfermeiros em determinados momentos prezavam por uma prática acolhedora, integral, que considerava os DSS o acesso avançado aos serviços de saúde, a educação em saúde, a ampliação da clínica do enfermeiro e o trabalho inter e multidisciplinar.

Em contrapartida também se observou, em determinados discursos, uma prática de cuidado restritiva. Foi observado que se levava em consideração uma educação em saúde mais baseada em orientações para mudanças no estilo de vida, práticas grupais com metodologia pouco participativas, composta por procedimentos técnicos e a utilização de alguns rótulos no tratamento com as pessoas com DCNT. Os atendimentos clínicos eram desenvolvidos muito mais por demanda espontânea, a qual, ao mesmo tempo em que amplia o acesso à

população, restringe a atuação dos enfermeiros para as outras práticas programáticas.

Estas inferências levam à reflexão do processo de transição e/ou convivência de dois paradigmas, o biomédico/tradicional e da promoção da saúde. Ou seja, ao mesmo tempo em que se observam condutas ampliadas, pensando no conceito positivo de saúde e a pessoa na sua integralidade, é possível perceber também que por trás dessas ações há algumas atividades mais tecnicistas e restritivas ao processo da doença. Portanto, é necessário instigar que os profissionais desenvolvam ainda mais as práticas ampliadas, que já fazem parte do seu processo de trabalho, mas nem sempre de maneira contínua. Por sua vez, estes enfermeiros podem fazer mais, já que possuem vasta experiência profissional, tanto teórica, 100% possuem alguma pós-graduação, como prática, 60% têm entre seis e quinze anos de atuação na área da APS, o que torna viável essa possibilidade, além de permitir melhorar ainda mais a qualidade do cuidado prestado.

Como limitação da pesquisa, aponta-se a restrição do número de participantes, vinte e três enfermeiros. Quando se utiliza a metodologia do DSC, além de se conhecer o que pensam as coletividades, é possível generalizar os resultados encontrados para toda a população, entretanto para esse estudo talvez isso não seja possível por causa desta restrição.

Por fim, esta pesquisa demonstra a diversidade da atuação do enfermeiro e como ele tem se mostrado presente na APS e na vida das pessoas com DCNT. É preciso avançar, em alguns pontos e em algumas lacunas, mas é possível ver como este profissional já faz a diferença, pela qualidade de sua prática de cuidado.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, set.-out., 2014.

ALMEIDA, E.R. *et al.* Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 683-91, fev. 2016.

ALVES, C.G; NETO, O.L.M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras.

**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 641-654, mar. 2015.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da república federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 jun. 1986.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial, Brasília, DF, 09 jun. 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica: acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2015.

CAÇADOR, B.S. *et al.* Ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev. Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, jul.-set. 2015.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Equipes**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

CORRÊA, Á.C.P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-80, jan.-mar., 2012.

Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12491>>.  
Acesso em: 03 dez. 2016.

COSTA, S.M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, abr.-jun. 2013.

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na Enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-720, set.-dez. 2015.

FARIAS, G.B.; FAJARDO, A.P. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, supl., 3, pm. 2075-93, jun. 2015.

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, jan.-jul. 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 dez. 2015.

GUEDES, N.G. *et al.* Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 151-156, 2012.

HAESER, L.M; BÜCHELE, F; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, abr.-jun., 2012.

KAWATA, L.S. *et al.* Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto contexto – enferm.**, v. 22, n. 4, p. 961-70, out.-dez., 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Liver Livro, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo.** 2ª ed. Brasília: Liver Livro, 2012.

LIONELLO, C.D.L. *et al.* O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012.

LOPES, M.S.V. *et al.* Promoção da saúde na percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. da Rede de Enferm. do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027985008>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4341.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out.-dez. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MARINHO, L.M. *et al.* Atributos da Atenção Primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Norte Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2015.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan.-fev., 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MAZZUCHELLO, F.R. *et al.* A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 462-472, 2014.

MEDINA, M.G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MELO, L.M.; WERNET, M.; NAPOLEÃO, A.A. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na Estratégia de Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 9, n. 2, p. 160-170, jul.-dez., 2015.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00200.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MOYSÉS, S.T.; SÁ, R.F. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4323.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

OLIVEIRA, M.M. *et al.* O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 184-189, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3422/2813>>. Acesso em 03 dez. 2016.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-64, sept., 2010.

PMF. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços**: atenção primária à saúde. Florianópolis:

PMF/SMS, 2014. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrIbyweVIIYUtpMWRZZHM/edit>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem Volume 1: Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares**. Florianópolis: PMF/SMS, 2016. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06\\_09\\_2016\\_13.36.23.51f8df9cd0fb5bf90eb389962c69e689.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06_09_2016_13.36.23.51f8df9cd0fb5bf90eb389962c69e689.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

RODRIGUES, C.C; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da Saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, jul.-out., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/04.pdf> >. Acesso em: 02 mar. 2016.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-65, jan-mar., 2013.

SOUZA, T.H.; ZEFERINO, M.T.; FERMO, V.C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1-8, oct, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt\\_0104-0707-tce-25-03-4440015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4440015.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

TADDEO, P.S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

WHO. World Health Organization. **Global Noncommunicable Disease Network (NCDnet)**. Geneva: WHO, 2011a. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/events/global\\_forum\\_ncd/forum\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/forum_report.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011b.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-status-report-ncds-2014-eng.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em:<<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/ncds-country-profiles-eng.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

YOSHIDA, V.C.; ANDRADE, M.G.G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 597-610, set. 2016.

#### 5.4 MANUSCRITO III – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### HEALTH PROMOTION CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES OF THE PRIMARY CARE

### PROMOCIÓN DE SALUD EN EL CUIDADO A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Renata Machado Becker<sup>1</sup>

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Compreender as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, de um município do Sul do Brasil, no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido por meio do discurso do sujeito coletivo, realizado com vinte e três enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, de vinte e três centros de saúde, de um município do Sul do Brasil, no período de junho a agosto de 2016. **Resultados:** Conforme os discursos que surgiram, as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros se referem a dois campos principais, dos cinco campos de ação propostos pela Carta de Ottawa: reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. Além disso, surgiu como

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde(LAPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* renatamachado19@gamil.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do LAPEPS. *E-mail:* ivonete.heidemann@ufsc.br.

discurso, relacionado à ideia central sobre os limites para o desenvolvimento dos campos da Carta de Ottawa. **Considerações Finais:** Percebeu-se que apesar dos esforços empreendidos pelos enfermeiros para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde no cuidado as pessoas com doença crônica não transmissível, estas se apresentam em determinados momentos de forma ampliada, que sugere uma nova lógica da promoção da saúde, e em outras situações se mostra de maneira mais restritiva, voltando a uma prática mais tradicional. Portanto, é preciso fortalecer o que já está dando resultados positivos e ampliar para outros campos de ação da carta de Ottawa com atuação prática dos cuidados para esse público.

**Palavras-Chave:** Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Doença Crônica.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** understand the health promotion practices developed by primary health care nurses in a southern county of Brazil, in the care of people with chronic non-communicable diseases. **Method:** qualitative research, developed by multiple speeches, in the period between June and August of 2016, in twenty three health centers of a southern county of Brazil. **Results:** according to speeches, the health promotion practices developed by nurses refer to two main fields, of the five action fields proposed by the Ottawa Letter: reorientation of the health system and developing personal abilities. Besides that, it appeared as a speech, relationated with the central idea about the limits to the develop of the fields of the Ottawa letter. **Final Considerations:** besides the efforts spent to develop health promotion practices, these appear in some moments in an amplified way, thinking in a new logic to Health promotion, and in other situations it shows itself in a more restrictive way, returning to a more traditional practice. So we need to fortify what its already giving positive results and amplify to other action fields of the Ottawa Letter with practice acting in health care to the public.

**Key Words:** Health promotion. Primary Health Care. Nursing. Chronic diseases.

#### **RESUMEN**

**Objetivo:** entender las prácticas de promoción de la salud desarrollados por enfermeras en la atención primaria de salud, una ciudad en el sur de Brasil en el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. **Método:** se trata de un estudio cualitativo desarrollado a

través del discurso del sujeto colectivo realizado con la estrategia de veintitrés enfermeros de la salud de la familia, en veintitrés centros de salud de una ciudad del sur de Brasil, de junio a agosto de 2016. **Resultados:** de acuerdo con los discursos que se han presentado, las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los enfermeros se refieren a dos campos principales de los cinco campos de acción propuestos por la Carta de Ottawa: orientación del sistema de salud y desarrollo de habilidades personales. Por otra parte, se supo que el habla, relacionada con la idea central de los límites para el desarrollo de los campos de la Carta de Ottawa. **Consideraciones finales:** se observó que a pesar de los esfuerzos realizados por los enfermeros, para el desarrollo de las prácticas de promoción de la salud en el cuidado a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, éstos se presentan en determinados momentos por lo expandido, pensando en una nueva lógica de promoción de la salud, y en otras situaciones se muestran de una manera más restrictiva, volviendo a una práctica más tradicional. Por lo tanto, es necesario fortalecer lo que ya está dando resultados positivos y expandirse a otros campos de acción de la carta de Ottawa con la aplicación práctica de la atención al público.

**Palabras Clave:** Promoción de la Salud. Atención Primaria de Salud. Enfermería. Enfermedad crónica.

## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde vem sendo debatida internacionalmente desde 1974, com a publicação do Relatório Lalonde e a realização da Conferência de Alma Ata em 1978, marcos estes considerados históricos, por trazerem à cena a discussão da articulação da saúde com as condições de vida, e da necessidade de intervenção sobre os seus determinantes (BUSS, 2009; MEDINA *et al.*, 2014). Entretanto, a mesma se firmou como proposição de natureza política, sendo incorporada como diretriz no desenvolvimento de políticas públicas de saúde em diversos países, somente em 1986, com a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa - Canadá (WHO, 1986; MEDINA *et al.*, 2014).

Na ocasião, o produto que surgiu foi a Carta de Ottawa, documento que ainda hoje continua sendo referência no debate sobre a temática. Nesse momento, a promoção da saúde ganhou um novo conceito, entendida como o “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p.1). É desenvolvida por meio de cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação dos serviços (WHO, 1986). Ou seja, inclui uma combinação de estratégias e ações do Estado, da comunidade, de indivíduos e do sistema de saúde (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Dessa forma, as práticas de promoção da saúde precisam estar baseadas nesses cinco campos de ação, já que são consideradas estratégias que convergem para as ações dos profissionais, a fim de tornarem os indivíduos e populações mais autônomas em seu processo de saúde/doença, visando melhorar a qualidade de vida (HEIDEMANN *et al.*, 2012). Portanto, são constituídas de inúmeras práticas sanitárias e de um vasto repertório de ações que estimulem a saúde (CINCURÁ, 2014).

Carrega em sua essência um olhar holístico, intersetorial, com empoderamento comunitário e participação social, equidade, ações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e desenvolvimento de ações multiestratégicas e sustentáveis (MOYSÉS; SÁ, 2014). Logo, podem contar com o envolvimento de inúmeros autores, com a utilização de diversos recursos e realizar-se em diferentes espaços sociais (CINCURÁ, 2014).

Dentre esses possíveis espaços, a área da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma probabilidade. Por ter alto grau de descentralização e capilaridade, precisa ser o contato preferencial do usuário, com a rede de atenção à saúde, bem como ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 2012). No Brasil a APS se desenvolve por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa estruturar o modelo de atenção, ao priorizar a prevenção e a promoção, sem deixar de lado o atendimento assistencial (MAHMOOD; MUNTANER, 2013).

A ESF se desenvolve por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro é integrante da equipe básica, sendo que sua presença tem se mostrado primordial para a ampliação e solidificação dessa estratégia. Dentre suas atribuições, encontram-se o trabalho de administração, de organização do serviço de saúde e de enfermagem, além da realização de ações clínicas de atenção direta à população (MATUMOTO *et al.*, 2011; CAÇADOR *et al.*, 2015; MELO; WERNET; NAPOLEÃO, 2015). Desenvolve ações educativas, assistenciais e administrativas contribuindo para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população (CAÇADOR *et al.*, 2015).

O profissional enfermeiro é capaz de assegurar a continuidade do cuidado em saúde, ao estar comprometido com ações e práticas de educação, promoção e prevenção, que visam uma melhor qualidade de vida e de empoderamento crítico e construtivo (BACKES *et al.*, 2012; MAZZUCHELLO *et al.*, 2014). Estes elementos são primordiais para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde às pessoas com DCNT, pois estimulam o controle da doença, previnem complicações e melhoram a sua qualidade de vida e de suas famílias (GUEDES *et al.*, 2012).

As DCNT por sua vez, vêm chamando a atenção da comunidade científica por seu panorama epidemiológico alarmante. Consideradas, internacionalmente, como um dos principais problemas de saúde, no ano de 2012 foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo, e a projeção para 2030 é de 52 milhões de mortes (WHO, 2014a; WHO, 2014b; ALVES; NETO, 2015). Associado a isso, são causas de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida, limitação para as atividades de trabalho e lazer, impacto negativo nas questões econômicas das famílias, indivíduos e sociedade, o que agrava as iniquidades sociais e a pobreza (MALTA *et al.*, 2014).

Portanto, é preciso que algumas medidas sejam tomadas, visando estabelecer um compromisso para o enfrentamento dessa problemática (MALTA *et al.*, 2014). Para isso, a promoção vem ganhando espaço e se destacando, por ser um campo de práticas em saúde importante e por visar superar o modelo biomédico vigente, ao ser um processo transformador, capaz de melhorar as condições de vida e saúde da população (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012; TAVARES *et al.*, 2016).

Diante destes apontamentos, equalizou-se o questionamento: como as práticas de promoção da saúde são desenvolvidas pelos enfermeiros da APS de um município do Sul do Brasil, no cuidado às pessoas com DCNT? Para responder a essa pergunta traçou-se o seguinte objetivo: compreender as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros da APS de um município do Sul do Brasil, no cuidado às pessoas com DCNT.

## MÉTODOS

Estudo de natureza qualitativa, desenvolvido por meio da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Conhecer o pensamento de uma comunidade, sobre uma determinada temática, é o

que se deseja com as pesquisas que utilizam esse método (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Para essa construção é preciso analisar o material verbal coletado e aplicar uma série de operações que busquem identificar algumas figuras metodológicas. **Expressões-chave:** trechos literais do discurso, que melhor revelam sua essência; **ideias centrais:** de maneira sintética, precisa e fidedigna descrevem o sentido de cada um dos discursos analisados; **ancoragens:** expressões sintéticas que mostram a manifestação linguística explícita de uma teoria, ideologia, ou crença do autor do discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a; 2005b).

A partir dessas operações são formados discursos sínteses, redigidos na primeira pessoa do singular, compostos pelas expressões-chave que têm as mesmas ideias centrais ou ancoragens. Logo, o DSC é uma reunião, agregação ou soma não matemática de partes isoladas de um depoimento, que juntos formam um discurso coerente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Florianópolis, Santa Catarina, foi o município escolhido para ser o local de desenvolvimento da pesquisa. De maneira particular, vinte e três centros de saúde da APS, elegidos através de um sorteio eletrônico, sendo que as unidades ficaram assim divididas, conforme seus distritos sanitários: Centro (5), Continente (5), Leste (5), Norte (3) e Sul (5).

Como sujeitos da pesquisa foram eleitos vinte e três enfermeiros, um de cada centro de saúde selecionado. Para participar do estudo era necessário ser enfermeiro, cadastrado e atuante em uma equipe da ESF. A ausência de experiência profissional na área da APS de no mínimo seis meses de atuação, e estar afastado por férias ou licença foram os critérios de exclusão da pesquisa. Para a escolha dos profissionais, nos locais em que havia mais de uma equipe da ESF, por centro de saúde, solicitou-se ao coordenador da unidade que indicasse um participante, conforme disponibilidade de tempo na agenda, que aceitasse participar, e fossem respeitados os critérios de inclusão e exclusão. Todos aceitaram o convite.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, entre Junho a Agosto de 2016. O instrumento questionava sobre algumas características sociodemográfico e profissional dos participantes, assim como seis questões norteadoras, de modo a compreender como os enfermeiros desenvolviam as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT na APS. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, pela própria pesquisadora, logo após a sua realização, sendo garantido o anonimato

dos participantes. Foram agendadas previamente, via coordenador da unidade, e realizadas em uma sala de consultório, do próprio centro de saúde.

Para a formação do DSC foi utilizado o *software DSCsoft*, que tem o intuito de viabilizar as pesquisas desenvolvidas por essa metodologia, deixando-as mais ágeis, práticas, proporcionando o alcance e a validade dos resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b). Dessa forma, o estudo foi cadastrado no *software*, assim como as características individuais dos participantes, as questões norteadoras realizadas, e suas respectivas respostas. Posteriormente, foram identificadas às figuras metodológicas, de modo a unir as expressões-chave de mesma ideia central e/ou ancoragem, obtendo assim o DSC.

Nas partes selecionadas do discurso, algumas operações foram realizadas a fim de formar um discurso claro e coerente. Assim, foram sequenciadas as expressões-chave, para se conseguir visualizar um texto com começo, meio e fim. Não foram levadas em conta as especificidades dos sujeitos da pesquisa. Foram resgatadas as ideias de sentidos semelhantes, mas expressas de formas distintas para a construção dos DSC. A redação dos discursos aparece em *itálico*, conforme recomendação técnica da metodologia, pois se trata de um depoimento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

A apresentação dos resultados ocorreu conforme cada pergunta realizada, sendo que se optou por utilizar somente as respostas da terceira pergunta, para o alcance do objetivo proposto. Com isso foi possível criar três DSC, conforme as ideias centrais expostas no QUADRO 1. Após a realização desse processo, análises críticas reflexivas dirigidas foram realizadas, utilizando como documento base a Carta de Ottawa, com os seus cinco campos de ação, já que os mesmos poderiam servir de base para direcionar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais as pessoas com DCNT.

**Quadro 1** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.

<b>PERGUNTA</b>	<b>IDEIAS CENTRAIS</b>
Dentro do que você faz com estas pessoas você considera que algumas atividades/práticas são de promoção da saúde? Fale um pouco sobre isso.	As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas em um novo jeito de ver a saúde.
	As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas na educação em saúde.
	As práticas não são de promoção da saúde.

Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, recebendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)52861616.0.0000.0121 e o número de parecer 1.487.581, datado de 11 de abril de 2016.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados estão apresentados da seguinte forma: primeiramente o perfil dos enfermeiros participantes, seguidos dos dados quantitativos que fizeram parte dos DSC e, por fim, a exposição dos próprios DSC, acompanhados das discussões acerca da temática.

### **Perfil dos Participantes**

Dentre os enfermeiros que responderam o presente estudo, vinte e um eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A feminização das profissões da área da saúde é um achado encontrado em diversos estudos (LOPES; LEAL, 2005; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; CORRÊA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013; MACHADO, 2015). O contexto histórico-social da enfermagem pode ter contribuído para esse fato, afinal os primórdios da profissão era exercida exclusivamente por mulheres, pelo seu instinto de cuidado com a família, a começar pela fundadora, Florence Nightingale (LOPES; LEAL, 2005; MACHADO, 2015).

A idade variou de vinte e sete a cinquenta e sete anos, sendo que a faixa etária de maior prevalência foi entre os trinta e um e quarenta e cinco anos (69,56%). A presença de uma população relativamente

jovem pode se justificar pela mudança na grade curricular dos cursos de graduação, em que se está enfatizando o trabalho na área da APS, estimulando os alunos a buscarem oportunidades de trabalho neste campo de ação (COSTA *et al.*, 2013).

Quanto ao nível de escolaridade, vinte e um possuíam algum tipo de especialização, um tinha mestrado e um doutorado. Um achado importante desse dado é que 100% da população possui algum tipo de pós-graduação, sendo a do tipo *lato sensu*, a de maior prevalência. Essa tendência de qualificação profissional também foi encontrada em outros estudos (COSTA *et al.*, 2013; MARINHO *et al.*, 2015). O Ministério da Saúde vem favorecendo a qualificação profissional, a fim de estimular as políticas no setor público, fato que pode estar relacionado com este dado (COSTA *et al.*, 2013).

Em relação ao tempo de atuação profissional na APS, a mesma variou de três a vinte e quatro anos, sendo que a faixa dos seis aos quinze anos foi a de maior prevalência, perfazendo um total de quatorze enfermeiros. Chama a atenção esse dado, porque demonstra a presença de certa experiência profissional, para esta área de atuação. A noção de experiência remete ao tempo, este em qualquer profissão é fator preponderante para compreender o conhecimento do trabalhador, já que com o tempo é possível assimilar progressivamente os saberes essenciais para o desenvolvimento das tarefas (FISCHER; BORGES; BENITO, 2016).

### **Resultados Quantitativos do Discurso do Sujeito Coletivo**

Os DSC possibilitam apresentar os resultados tanto de maneira quantitativa, como qualitativa. Dessa forma, os resultados quantitativos estão relacionados com a amplitude das ideias centrais que apareceram. A parte qualitativa representa a opinião coletiva, apresentada sob a forma de discurso e que vem carregada de conteúdo e argumentos, que por sua vez compõe a referida opinião (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a; 2012). A identificação das ideias centrais, bem como suas respectivas frequências de aparecimento, que representam a parte quantitativa do DSC, estão apresentadas na TABELA 1.

**Tabela 2** - Síntese das ideias centrais. Florianópolis/SC, 2016.

<b>Pergunta</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Frequência*</b>
Dentro do que você faz com estas pessoas você considera que algumas	As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas em um novo jeito de ver a saúde	21,74%
atividades/práticas são de promoção da saúde? Fale um pouco sobre isso.	As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas na educação em saúde	69,57%
	As práticas não são de promoção da saúde	17,39%

Fonte: autoras, com auxílio do *DSCsoft*.

\* Essa frequência é relativa, conforme o número total de entrevistados que descreveram a mesma ideia central.

Os cinco campos de ação, propostos na Carta de Ottawa, em 1986, ainda hoje se constituem em uma das principais referências para o desenvolvimento das ações no campo da saúde (PINHEIRO *et al.*, 2015). Dentro do universo das práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT, desenvolvidos pelos enfermeiros, foi possível identificar basicamente dois campos de ação principais: reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. Entretanto, tem-se a ciência de que embora o campo da elaboração e implantação de políticas públicas saudáveis não tenha sido citado, conforme uma das ações contidas na Carta de Ottawa, o mesmo se encontra presente no discurso dos enfermeiros, como pano de fundo das suas práticas de promoção da saúde, haja vistas que seguem as políticas públicas instituídas pelo município e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Além disso, chama a atenção, o fato que alguns participantes descreveram limites para o desenvolvimento dos campos de ação, conforme veremos a seguir nos DSC elaborados a partir das ideias centrais identificadas.

**IC: As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas em um novo jeito de ver a saúde**

**DSC:** *Eu considero um misto, é tratamento e também promoção. Um idoso que está na sua casa, eu posso chegar e só ver a medicação que ele está tomando, se está fazendo mudança de decúbito, e se ele está*

*tomando bastante liquido, eu posso só ver isso. Mas, eu posso também, trazer uma pessoa que ele vai se alegrar, que ele vai se emocionar, eu acho que isso é uma forma de promoção, ele vai se sentir mais motivado a viver. A horta é uma forma de promover saúde, porque a gente pode até estar falando da alimentação, mas é uma forma bem prática da gente estar oferecendo para eles uma alternativa, e deles até fazerem uso em casa. Muitas coisas a gente detecta na promoção para não chegar lá na última fase, a da reabilitação. Fazemos um trabalho de promoção junto com as equipes, a parte da escola, por causa do PSE. A promoção que eu penso é a questão do vínculo, temos que estar monitorando, porque senão, ele adocece. A gente não deixa de acompanhar, é responsabilidade, a gente consegue essa interação com o paciente crônico, qualquer atividade que eu faça é de promoção, uma consulta individual é promoção. A partir do momento que eu estou fazendo uma escuta ativa, eu estou fazendo promoção. A gente tenta sair do foco da doença, não trabalhamos com cuidado inverso, eu quero promover saúde, em todo o momento, seja em sala de espera, em consulta individual ou atendimento coletivo. Você faz o atendimento individual, que você escuta o paciente e associa a sua prática à realidade dele, o que ele pode fazer pra melhorar a sua situação de saúde, a partir da sua realidade, eu vou desenhar uma possibilidade de melhoria nas condições de saúde, na sua qualidade de saúde. Acho que a melhor forma de promover saúde é você ter empatia e se colocar na condição do paciente, e vê qual realmente é a necessidade dele, e a realidade em que ele está inserido, assim você consegue promover. Além disso, temos um trabalho bem bacana com a assistência social, ela dá um apoio para tentar vê esses doentes crônicos, às vezes eles não têm assistência da família, a gente acaba tendo o apoio da assistência social.*

A reorientação do sistema de saúde foi um dos campos de ação, da Carta de Ottawa, que apareceu no discurso dos participantes. Seu conceito traz à cena, a imprescindibilidade de que todos devem trabalhar juntos, para a construção de um sistema que contribua para a busca de um alto nível de saúde. Isso compreende que a responsabilidade pela promoção da saúde deve ser compartilhada, pelos indivíduos, comunidades, grupos, profissionais, instituições e governo. O intuito é buscar a promoção da saúde, para além das necessidades clínicas é preciso perceber e respeitar as peculiaridades culturais de cada um, as suas carências individuais e comunitárias para uma vida saudável,

buscando a prática da intersetorialidade. Dessa forma, esse campo de ação visa uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde, de modo a focalizar as necessidades globais dos indivíduos, pensando-os como um ser integral (WHO, 1986).

A partir do discurso dos enfermeiros participantes do estudo, identificou-se que eles procuram a reorganização do sistema, ao buscarem desenvolverem suas práticas de cuidados, fora do foco da doença. Assim, é possível inferir que os mesmos desejam a superação do modelo biomédico e da assistência curativista, ao fazerem uso de práticas baseadas na escuta ativa, no vínculo e na empatia.

Para Mesquita e Carvalho (2014) a escuta ativa ou terapêutica é uma estratégia de comunicação ativa e dinâmica, indispensável para a compreensão do outro. É uma atitude positiva de interesse e respeito, em que se valoriza a pessoa, minimiza as suas angústias e sofrimento, ao permitir um diálogo em que se possibilita o ouvir e a autorreflexão.

O vínculo por sua vez, favorece um cuidado integral, ao democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, conforme vai se construindo laços afetivos, de confiança, de respeito e de valorização dos saberes dos usuários, famílias e profissionais da saúde. Permitindo assim, o estabelecimento de parcerias desses sujeitos, para uma melhor qualidade de vida (JORGE *et al.*, 2011).

Destaca-se, ainda, que os enfermeiros participantes do estudo atuam sobre os DSS, ao descreverem que associam a sua prática com a realidade em que as pessoas com DCNT estão inseridas. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) estes determinantes são entendidos como sendo os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Para Taddeo *et al.* (2012), somente quando se conhece de perto a população sob sua responsabilidade, bem como o seu contexto, suas potencialidades e adversidades é que os profissionais conseguirão manter uma relação que propicie a promoção da saúde. Logo, para as pessoas com DCNT é necessário que a atuação dos profissionais da APS, seja baseado em uma prática de saúde humanizada, focada nos DSS e em ações intersetoriais e interdisciplinares.

O trabalho interdisciplinar, em especial com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), também foi citado no discurso dos participantes, assim como a atuação intersetorial, especialmente junto ao Programa Saúde da Escola (PSE). Embora os participantes não

tenham detalhado muito sobre a sua atuação nesses campos, os mesmos já demonstram uma concepção positiva, ao trazerem ao discurso estes dois aspectos.

Para Guedes e Junior (2010) o trabalho em equipe interdisciplinar é um ponto extremamente importante para a reorganização do processo de trabalho, pois visa uma abordagem mais integral, ponto este que se relaciona com a promoção da saúde. Por outro lado, este trabalho também permite uma melhor compreensão da complexidade dos fenômenos que envolvem os indivíduos, diminuindo assim a fragmentação do conhecimento e favorecendo um cuidado humanizado.

Na área da APS é possível contar com o NASF, instituído em 2008, que recebe o apoio de uma equipe multiprofissional. O intuito é apoiar e ampliar a resolutividade da ESF, bem como superar os modelos convencionais de assistência, curativista, fragmentada e especializada, através da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Entretanto, apesar das potencialidades que este trabalho possibilita, ainda é preciso superar alguns desafios, tais como: a escassez e a fragilidade dos espaços para a discussão dos casos e planejamento das ações compartilhadas (FERRO *et al.*, 2014).

A ação articulada de diversos setores, ou seja, a intersetorialidade, segundo Malta *et al.* (2014), tem se mostrado como essencial para o enfrentamento das DCNT. Contudo, ao mesmo tempo em que se mostra importante, apresenta também, como no trabalho interdisciplinar, inúmeros desafios, como a falta de definição de objetivos comuns entre os setores envolvidos, a falta de definição do financiamento, do monitoramento e da prestação de contas, dentre outros motivos.

Como ação intersetorial, destaca-se sutilmente, no discurso dos enfermeiros, o PSE. Instituído em 2007, o PSE tem a proposição de ser uma política intersetorial, entre as Secretarias de Educação e da Saúde, que busca uma atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, em apoio com as equipes da ESF da comunidade local. A escola se apresenta como um espaço privilegiado para a promoção da saúde, pois é na infância em que os hábitos e comportamentos são formados e sedimentados (SOUZA *et al.*, 2015).

Por fim, algumas experiências práticas estavam presentes no discurso e que chamam a atenção, dentre elas a possibilidade de proporcionar visitas entre amigos que não se encontravam há muitos anos, e a presença de hortas comunitárias na unidade de saúde, com atuação prática neste espaço. Estas duas práticas de cuidado,

demonstram como os enfermeiros da APS estão indo no caminhar de uma nova concepção de promoção da saúde e de uma reorganização do sistema, ao preconizarem ações que visam romper com o modelo assistencial tradicional. Especificamente sobre as hortas comunitárias, Costa *et al.* (2015) descrevem que está prática, na medida em que promove melhoria da saúde e da qualidade de vida, fortalece o cuidado às pessoas com DCNT, ao incentivar a promoção de hábitos de vida saudáveis, especialmente com relação à alimentação

### **IC: As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas na educação em saúde**

**DSC:** *A promoção é quando a gente fomenta que eles busquem alguma alternativa para o cuidado deles, quando se orienta a fazer uma atividade física, a procurar alguma coisa para o lazer ou para se ocupar, as práticas de promoção que eu vejo, são quando eu estímulo e oriento essas questões. Da enfermagem fica esse alerta, para que se mobilizem para a mudança no estilo de vida, nos hábitos. Minha ação de promoção é fazer orientação nesse enfoque de mudança do estilo de vida, que está ao mesmo tempo na prevenção de algumas coisas para que não complique, mas de certo modo não deixa de ser promoção, tudo faz parte, toda conversa com o usuário, já é pra mim, uma atividade de promoção. Tudo que eu fale e que ele entenda que tenha que fazer pra melhorar a sua saúde e que não saiba, ou que precise que dê uma orientada maior. Na verdade, quase tudo que não é promoção, é prevenção, é o básico do atendimento do enfermeiro, e deveria ser dos outros profissionais também, tudo que tu conversa com o paciente e orienta, acaba visando uma promoção da saúde dele. Dessa forma, a partir do momento que estás orientando como é a melhor maneira possível de estar realizando o cuidado consigo, estás promovendo a saúde. Promoção é incentivar a atividade física, a alimentação saudável, cuidados com a higiene, todas essas questões gerais de estilo de vida, a abordagem é sempre quando o paciente está no teu consultório, você faz toda aquela orientação de incentivo aos hábitos saudáveis que vão melhorar a qualidade de vida dos pacientes já debilitados, ou prevenir problemas que ainda não existem. Entretanto, a gente aborda, nada direcionado, você acaba usando a situação para tentar fazer a promoção, mas não é uma consulta, um atendimento específico para promover, mas consegue, existe aqueles casos agendados que você consegue fazer uma consulta mais legal. Quando chega um paciente aqui e eu vejo que, por exemplo, esse paciente não*

*tem nenhuma lesão e eu passo algumas orientações para ele, sim, eu penso que é promoção e prevenção. No momento que você orienta uma família a fazer o acompanhamento daquela pessoa que está com uma doença crônica, você está promovendo saúde, conversamos sobre a doença em si, sobre os riscos de não fazer o tratamento adequadamente, acho que é bem eficiente, a questão da gente poder trabalhar não só o doente, mas a família. Como enfermeira, nossa prática é muito mais em promoção e prevenção do que do médico, por exemplo, orientamos muito, alimentação, atividade física, cuidados com os pés, mudança de hábitos, é o nosso foco. O protocolo de saúde do adulto trouxe isso mais, porque o paciente nessa linha de cuidado, não procurava a gente, ficava muito de lado, embora o protocolo traga a questão da prescrição, nossa ação maior é na promoção e na prevenção, de orientação e tudo o mais. Não podemos perder o nosso foco, eu gosto da saúde pública, porque eu gosto da prevenção, eu gosto de conversar com o paciente, eu gosto de orientar; a nossa prática é baseada na promoção e na prevenção, não sou voltada ao tratamento, sempre penso mais na promoção, porque assim, eu me formei. Além disso, no grupo, conseguimos bastante avanço, eu noto empiricamente, a não internação dessas pessoas, o próprio falecimento dessas pessoas em decorrência de alguma complicação, eu não tenho ninguém amputado, então conseguimos trabalhar essa questão da promoção, principalmente via grupo. Assim sendo, tendo esse olhar, eu acho que melhora muito a qualidade de vida dele.*

A partir do discurso dos enfermeiros sobre as práticas de promoção da saúde relacionadas ao campo do desenvolvimento de habilidades pessoais, as mesmas estão muito atreladas à educação em saúde, especialmente relativas às mudanças do estilo de vida. Para isso, os participantes utilizam os espaços das visitas domiciliares, dos atendimentos individuais e coletivos, para fazerem orientações sobre a prática de atividade física, alimentação saudável, cuidado com os pés, lazer e outros. Além disso, os participantes trazem para o debate a importância do autocuidado para as pessoas com DCNT, a relevância da família nesse gerenciamento, e a qualificação da linha de cuidado com esse público, por meio da publicação do protocolo de Enfermagem sobre hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares.

O campo de ação sobre o desenvolvimento de habilidades pessoais se apoia na divulgação de informação, na educação para a

saúde e na intensificação das habilidades vitais dos indivíduos. Assim, as populações têm a possibilidade de desenvolver maior controle sobre a sua própria saúde, bem como fazerem opções que a promovam de uma melhor forma possível, isso é o avanço no conceito de *empowerment* individual, capacitar as pessoas para que elas estejam preparadas, para enfrentar as situações nas diversas fases do desenvolvimento humano (WHO, 1986).

Para Garbin, Guilam e Neto (2012), o desenvolvimento de habilidades pessoais é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, e isso justifica a maior frequência (69,57%) desta ideia central nos resultados alcançados. Os autores ainda afirmam, que nas Conferências que se seguiram à de Ottawa, é destacado a importância do acesso à informação para a capacitação dos indivíduos e comunidade, de forma a permitir maior controle e maior poder de decisão.

Mantovani *et al.* (2011) descrevem que o enfrentamento das doenças crônicas, por meio da promoção da saúde, apoia-se no desenvolvimento das pessoas, por meio da educação em saúde. O objetivo é capacitá-las para que possam ter uma vida saudável, conforme suas necessidades e escolhas, melhorando a qualidade de vida. Logo, segundo Oliveira *et al.* (2013), a educação em saúde é uma prática que tem se mostrado importante no campo da APS, pois além de ser uma atribuição comum de todos os membros da ESF, esse processo busca reconhecer a realidade da população e tomar as devidas providências, conforme as suas necessidades sociais.

Essa prática permite a construção de conhecimento em saúde, que pode contribuir para a autonomia das pessoas em seu cuidado. Contudo, é preciso estabelecer uma troca de conhecimentos que se configure como ato de criar e transformar a realidade, assim é possível alcançarmos as mudanças necessárias para as condições de vida e saúde das pessoas da área de abrangência (OLIVEIRA *et al.*, 2013). O discurso dos enfermeiros participantes do estudo vai ao encontro desta perspectiva, pois a intenção dos mesmos, nas suas práticas de educação em saúde é fornecer orientações, de modo que possibilitem o autocuidado das pessoas com DCNT, a fim de melhorarem a saúde e a qualidade de vida desse público.

As orientações fornecidas por esses profissionais às pessoas com DCNT, ainda estão muito baseadas em mudanças no estilo de vida, tais como a importância da prática da atividade física, alimentação saudável, cuidado com os pés, dentre outros. Essa abordagem, segundo Yoshida e Andrade (2016) é importante, porque essas pessoas necessitam de

algumas mudanças nos hábitos e comportamentos, entretanto este não deve ser o foco das ações educativas, pois não se mostra suficiente para o controle adequado das mesmas. Para Roecker, Nunes e Marcon (2013), o trabalho educativo precisa despertar nas pessoas o interesse e a consciência sobre o seu próprio cuidado com a saúde, através de orientações sobre as formas possíveis de desenvolvimento desse cuidado, assim como compreender as causas e as consequências do seu estado.

Destaca-se ainda como ponto positivo o fato de que os enfermeiros envolvem a família no cuidado às pessoas com DCNT. Para Pereira *et al.* (2014), a educação em saúde deve abranger não apenas a pessoa com doença crônica, mas também sua família. Esta não deve ser vista apenas como uma cumpridora de tarefas, mas sim, como um sujeito ativo no processo de construção do autocuidado. É preciso valorizar o diálogo e os seus conhecimentos prévios, sobre a doença de seu familiar, de modo a promover a responsabilidade e a participação ativa, na implantação dos cuidados, que visam melhorias da saúde.

#### **IC: As práticas não são de promoção da saúde**

**DSC:** *Eu acredito que a promoção da saúde é para melhorar a saúde, só que a gente fica focando muito na cura daquela pressão que está alterada, daquela glicemia que está acima, a gente não foca muito na promoção ou na prevenção. Aliás, o paciente geralmente já aparece com o problema instalado, e o pessoal aqui na nossa comunidade não tem o hábito de se prevenir. Ainda, estamos longe do ideal de promoção, até mesmo porque a gente sente que, às vezes, as pessoas não se emancipam como a gente gostaria que elas fizessem, falta corresponsabilidade. A gente tem tentado estimular mais essa questão, mas eu acho que a gente está um pouquinho aquém do modelo que seria ideal, eu acho que a gente tem que avançar um pouquinho. Acho que ainda tem que amadurecer mais, precisa mudar a educação, está além, a gente tem que trabalhar mais, trabalhar já com as crianças.*

Apesar da maioria dos enfermeiros julgarem suas práticas como de promoção da saúde, alguns não a consideram, haja vista que em sua opinião a atenção à saúde ainda se baseia em ações de cuidado tradicional, curativista e biomédica e existe pouca clareza da definição do que realmente seja promoção da saúde, conforme o conceito da Carta de Ottawa. Embora os participantes vivenciem esses limites e dificuldades no desenvolvimento das práticas, os mesmos buscam uma

mudança desta situação, para isso, apresentam propostas de atuação que não foram muito bem detalhadas nas suas falas, mas que vale refletir. Dentre as proposições se destacam a necessidade de modificar o processo educacional sobre a promoção da saúde, e estimular a emancipação das pessoas no cuidado com a saúde, além da importância de se trabalhar essa temática com as crianças.

Conforme Pereira *et al.* (2014), o modelo de atenção à saúde para as pessoas com DCNT, ainda está centrado na dimensão biomédica, com um olhar dirigido apenas para o foco da doença, o que traz limitações, e nem sempre é eficiente e acolhedor das demandas existentes. Dessa forma, Tavares *et al.* (2016) destacam que a promoção da saúde busca superar esse modelo, por meio de práticas de cuidados que sejam baseadas nos seus cinco campos de ação, entretanto, para essa efetivação, ainda é preciso transpor alguns desafios.

Dentre estes desafios, pode-se citar a indefinição do conceito de promoção da saúde. Para Gurgel *et al.* (2011), a percepção que os profissionais possuem sobre promoção da saúde influencia diretamente o desenvolvimento da sua prática. Medina *et al.* (2014), em seu estudo sobre as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, realizadas pelas equipes da APS, definiu o cenário atual da seguinte forma: há pouca clareza sobre o conceito real de promoção da saúde; existe baixa precisão do que se espera que essas equipes façam com relação à promoção e são insuficientes as iniciativas de avaliação sobre o que se faz de promoção da saúde.

Tavares *et al.* (2016) descrevem que para superar essa situação, do desafio de implementar ações de promoção da saúde, com o conceito ampliado de saúde, faz-se necessário discutir sobre o processo de formação profissional. É preciso uma modificação, tanto nos cursos *stricto e lato sensu*, como na formação técnica e na graduação, a partir do uso de metodologias que utilizem os problemas reais dos territórios, de modo a fornecer evidências para a tomada de decisões e o incremento da produção científica, contribuindo dessa forma para a melhoria da formação dos profissionais, assim como da atenção.

Para estimular a emancipação das pessoas para o cuidado com a saúde, Souza *et al.* (2014) sugerem o uso de estratégias de promoção da saúde de caráter empoderador, que promovem o engajamento individual e coletivo. Estas ações são aquelas que envolvem de forma direta a participação das pessoas nas suas decisões, destacando a forma como estas fazem suas escolhas. Para as pessoas com DCNT estas ações são essenciais, pois segundo Heidemann, Wosny e Boehs (2014) ajudam a

reduzir a carga da doença, bem como melhorar a qualidade de vida das pessoas.

No que se refere ao trabalho da promoção da saúde com as crianças, Máximo, Souza e Freitas (2015, p. 686) encontraram em seu estudo que o “aprendizado desde a infância é a base do cuidado”. Para os autores as representações mais importantes, que são definidoras sobre o modo de viver e promover a saúde, são apreendidas e construídas, a partir da infância. Portanto, esse achado é um instrumento importante para nortear as políticas públicas de saúde, porque elas podem focar ações sanitárias e de promoção da saúde que cheguem a essa população, para além das ações rotineiras dos serviços de saúde. Fonseca *et al.* (2015), ainda complementam que trabalhar a promoção da saúde na infância deve ser uma prioridade entre as políticas públicas de saúde, haja vista que o início da adolescência é uma fase crítica com relação à autonomia, afirmação e independência.

Para Silva *et al.* (2014) o setor educacional é uma porta de acesso interessante, à concretização de ações de promoção da saúde para a infância, dada a sua capilaridade e abrangência. E por permitir atuar sobre os DSS, e em outros princípios que fundamentam a promoção da saúde, tais como intersetorialidade, equidade, justiça social, empoderamento individual e coletivo. Portanto, a escola é um ambiente a ser explorado, no que se refere ao campo da promoção da saúde, pois é possível ofertar ações capazes de fomentar reflexões sobre o cuidado com a saúde dos envolvidos no processo.

Outro ponto a se discutir nos resultados alcançados é a presença de expressões que retomam alguns rótulos, tais como “hipertensos”, “diabéticos”, “respiratórios”, “pacientes”. A utilização destes termos acaba expressando como o paradigma biomédico, e ainda influencia a prática profissional dos enfermeiros, embora já se tenha conseguido observar avanços em determinados pontos como a inserção por parte de alguns profissionais na sua prática cotidiana do conceito positivo de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo é possível afirmar que se conseguiu alcançar o objetivo proposto que era compreender como os enfermeiros da APS desenvolviam as suas práticas de promoção da saúde, no cuidado às pessoas com DCNT. As pessoas com DCNT vêm chamando a atenção da comunidade científica e das autoridades, por sua incidência

aumentada em diversos países, exigindo assim, medidas de enfrentamento para esta problemática.

A promoção da saúde, por sua vez, tem se apresentando como uma opção adequada, na luta contra as DCNT, ao levar em consideração um conceito ampliado de saúde e por guiar as práticas de cuidados, com base nos seus cinco campos de ação, conforme proposto pela Carta Ottawa. Dessa forma, foi possível identificar que as práticas de promoção da saúde acontecem, entretanto, baseadas em dois principais campos de ação: reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais.

Na reorientação do sistema de saúde as experiências trazidas pelos participantes revelam a presença da escuta ativa, do vínculo, da empatia, do uso dos DSS, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. Estes itens perpassam o conceito e a essência da promoção da saúde, e faz com que se compreenda que há um movimento que busca uma reorganização e reorientação do sistema, para além de um modelo de cuidado tradicional e biomédico, especialmente para a pessoa com DCNT, na qual as evidências mostram que este já não é mais suficiente.

O desenvolvimento de habilidades pessoais traz a educação em saúde como protagonista deste campo de ação, e visa capacitar as pessoas para que tenham condições de fazerem as melhores escolhas. Entretanto, esta educação ainda está baseada nas orientações para a mudança no estilo de vida, que são importantes para o cuidado com as pessoas com DCNT, mas que não deve ser o único foco.

Diante desses apontamentos, é possível perceber que entre os enfermeiros da APS há práticas de promoção da saúde, que ora seguem o conceito ampliado da promoção da saúde, tal como proposto pela Carta de Ottawa, e ora se apresentam de maneira mais restritiva e incipiente, em que se preza uma promoção da saúde mais tradicional e reducionista. Aliados a isso, ainda existem os limites e dificuldades, já descritos, para o desenvolvimento dos campos de ação. Esses apontamentos levam à reflexão sobre a presença de dois paradigmas que influenciam as práticas de cuidados desses profissionais, o biomédico e o da promoção da saúde. Espera-se que, futuramente, o modelo de atenção em saúde passe a ser guiado pela promoção da saúde, articulado aos DSS que, como já demonstrado pelos estudos, leva em consideração a definição ampliada do processo saúde/doença.

Embora o objetivo do estudo fosse compreender, de maneira exclusiva, as práticas de promoção da saúde para as pessoas com DCNT

desenvolvidas dos enfermeiros, um dos limites dessa investigação foi justamente não abranger as outras categorias profissionais da APS, já que a promoção da saúde, dentro da sua essência, preconiza um trabalho inter e multidisciplinar. Dessa forma, uma sugestão a se fazer é o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre a temática, mas com ampliação para as outras classes profissionais.

Dessa maneira, é possível identificar que os enfermeiros estão caminhando em busca de um novo modo de promover saúde, para as pessoas com DCNT. É preciso fortalecer o que já está dando certo, avançar em alguns pontos, ampliar para outros campos de ação a sua atuação profissional, mas o caminho a ser trilhado já foi traçado. Para isso, as próprias propostas trazidas pelos participantes, talvez seja a direção a ser tomada, para que se consiga que estas práticas de promoção da saúde se apresentem de maneira mais contínua e consistente, neste campo da APS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C.G; NETO, O.L.M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 641-654, mar. 2015.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-41.

CAÇADOR, B.S. *et al.* Ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev. Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, jul.-set. 2015.

CINCURÁ, R. N. S. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil.** 2014. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

CORRÊA, Á.C.P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-80, jan.-mar., 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12491>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

COSTA, C.G.A. *et al.* Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3099-3110, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3099.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

COSTA, S.M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, abr.-jun. 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 43-57.

FERRO, L.F. *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/155562/A01.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

FISCHER, L.A.; BORGES, N.S.; BENITO, G.A.V. Percepções do enfermeiro sobre gerência da atenção primária no município de Pedro Canário. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, v. 5, p. 25-33, jan.-jun. 2016.

FONSECA, A. *et al.* As interfaces do ambiente para a saúde: um estudo com crianças. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 754-60, nov.-dez. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/10086/16137>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GARBIN, H.B.R.; GUILAM, M.C.R.; NETO, A.F.P. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 347-363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a19.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GUEDES, L.E.; JUNIOR, M.F. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/04.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GUEDES, N.G. *et al.* Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 151-156, 2012.

GURGEL, M.G.I. *et al.* Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, jul.-set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a24v15n3.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

HAESER, L.M; BÜCHELE, F; BRZozowski, F.S. Considerações sobre autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, abr.-jun., 2012.

HEIDMANN, I.T.S.B. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Cien. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 613-619, jul.-set., 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13554/pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jan.-jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liver Livro, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2ª ed. Brasília: Liver Livro, 2012.

LOPES, M.J.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, n. 24, p. 105-125, jan.-jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

MACHADO, E.C.M. Processo de trabalho em saúde: gestão do perfil do profissional de enfermagem. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 26-42, jan.-dez. 2015. Disponível em: <<http://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/349/269>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

MAHMOOD, Q.; MUNTANER, C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. **Glob Health Promot.**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2013.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014.

MANTOVANI, M.F. *et al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 662-668, dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n4/v32n4a04.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

MARINHO, L.M. *et al.* Atributos da Atenção Primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Norte Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2015.

MÁSSIMO, E.A.L.; SOUZA, H.N.F.; FREITAS, M.I.F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan.-fev., 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MAZZUCHELLO, F.R. *et al.* A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 462-472, 2014.

MEDINA, M.G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MELO, L.M.; WERNET, M.; NAPOLEÃO, A.A. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na Estratégia de Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 9, n. 2, p. 160-170, jul.-dez., 2015.

MESQUITA, A.C.; CARVALHO, E.C. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-36, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

MOYSÉS, S.T.; SÁ, R.F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4323.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

OLIVEIRA, M.B. *et al.* Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev. RENE**, v. 14, n. 5, p. 894-903, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789005>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

PEREIRA, M.M. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 167-75, jan.-mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00167.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00167.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

PINHEIRO, D. G. M *et al.* Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, jan.-mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-64, sept., 2010.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-65, jan.-mar. 2013.

SILVA, K.L. *et al.* Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 614-622, jul.-set. 2014.

SOUZA, N.P. *et al.* O programa saúde na escola e as ações de alimentação e nutrição: uma análise exploratória. **Rev. APS**, v. 18, n. 3, p. 360-367, 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2440/899>>. Acesso em 23 dez. 2016.

SOUZA, J.M. *et al.* Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, jul., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02265.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

TADDEO, P.S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

TAVARES, M.F.L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, jun. 2016.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-status-report-ncds-2014-eng.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em: <<http://www.who.int/global-coordination->

mechanism/publications/ncds-country-profiles-eng.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2015.

YOSHIDA, V.C.; ANDRADE, M.G.G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 597-610, set. 2016.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando ao objetivo deste estudo, no qual se pretendia compreender como os enfermeiros da APS de Florianópolis desenvolviam as práticas de promoção da saúde, no cuidado às pessoas com DCNT, é possível constatar que este público se faz presente no dia a dia desse profissional. Contudo, ao mesmo tempo em que isso ocorre, precisa transpor alguns limites e desafios, para que este cuidado seja desenvolvido de maneira mais constante, contínuo e fiel aos princípios da Carta de Ottawa.

As DCNT são consideradas um problema de saúde pública, tanto pelos seus altos índices de mortalidade, quanto pela perda da qualidade de vida das pessoas e dos impactos econômicos que ela causa. No decorrer do desenvolvimento da pesquisa foi possível perceber que esta problemática, atinge também os cenários da coleta de dados, o que faz deduzir que esta investigação traz algumas contribuições válidas, pois é preciso conhecer a realidade em que se está inserido, para que se possam fazer alguns questionamentos.

Por sua vez, a promoção da saúde é identificada como uma alternativa eficaz nessa luta, ao insistir na capacitação das pessoas para uma melhor qualidade de vida, levando em consideração um conceito ampliado de saúde e a importância dos DSS neste processo. Por causa dessas características é que a promoção tem sido bem vista para o enfrentamento das DCNT, afinal estas pessoas precisam de uma mudança na forma de cuidado e na maneira de conviver com estas patologias, de tal modo que possam ter uma boa qualidade de vida, diante da nova situação. Para o desenvolvimento desta capacitação a promoção da saúde se alicerça em cinco campos de ação: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde, que foram conceituados, investigados e debatidos durante o desenvolver deste estudo.

Dessa forma, tem-se a consciência de que a promoção da saúde não é algo específico para as pessoas com DCNT, pelo contrário, a promoção deve se fazer presente para todas as pessoas, independentemente da faixa etária ou da existência de comorbidades. Entretanto, chama-se a atenção dessa temática para o conjunto de problemas que envolvem a DCNT, sabendo da sua situação epidemiológica alarmante, e entendendo que essa população precisa de cuidados ampliados para que possam melhorar a sua qualidade de vida.

O enfermeiro tem sido recomendado, como o profissional chave para a união destes dois pontos: DCNT e promoção da saúde. Isso porque na sua essência, trabalha com a arte do cuidado, pois percebe o ser humano na sua integralidade e especificidade, sendo em muitas ocasiões o elo entre equipe da ESF e comunidade.

Diante dessas constatações, os resultados obtidos com o desenvolvimento da revisão integrativa da literatura (manuscrito I), que também buscou compreender como ocorreram essas práticas, através do meio científico sedimentado, identificaram que os dois campos de ação da Carta de Ottawa, com maior número de experiências, foram os do desenvolvimento de habilidades pessoais e da reorientação do sistema de saúde, por meio de práticas como a visita domiciliar, os atendimentos individuais e coletivos.

Indo ao encontro desses achados, os manuscritos II e III, elaborados a partir dos DSC obtidos dos participantes do estudo, também obtiveram resultados semelhantes. O manuscrito II identificou que as práticas de cuidados dos enfermeiros, às pessoas com DCNT, são diversificadas e desenvolvidas, assim como observado no manuscrito I, através da visita domiciliar, dos atendimentos individuais e coletivos.

Contudo, ora essas práticas possuem uma característica acolhedora e integral, ora se desenvolvem por meio de uma prática técnica, baseadas em demanda pontuais e espontâneas, retrocedendo um pouco ao modelo tradicional e biologicista. Essa análise permite reconhecer que esses dois paradigmas influenciam a prática dos enfermeiros, podendo-se até de certo modo acreditar que se convive com um processo em transição de ambos os modelos de atenção em saúde. O que faz refletir que estes profissionais precisam realinhar suas práticas para que possam desenvolvê-las, cada vez mais baseadas nos princípios da promoção da saúde, de maneira constante e continuada, qualificando dessa forma, ainda mais a sua arte de cuidar.

O manuscrito III analisou, a partir dessas práticas de cuidado identificadas, que elas são desenvolvidas, assim como no manuscrito I, basicamente por meio de dois campos de ação, o de desenvolvimento das habilidades pessoais e o de reorientação do sistema de saúde. O campo das habilidades leva as práticas para este lado mais restritivo e técnico, ao priorizar uma educação em saúde baseada nas mudanças de estilo de vida, que são necessárias para as pessoas com DCNT, mas não devem ser o foco. O da reorientação já busca mais os princípios da promoção da saúde, por se basear em ações que buscam os DSS, a integralidade e o vínculo. Contudo, destaca-se que, permeando as

práticas desses campos, há as políticas públicas saudáveis instituídas pelo município e a nível nacional pela PNPS, que também guiam a práticas dos enfermeiros, embora não tenham sido citadas pelos mesmos em seus discursos.

Em contraste com os resultados da revisão de literatura no manuscrito I, não foi observada a presença dos outros campos de ação: políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária, sendo que a criação de ambientes favoráveis não se fez presente em nenhum dos dois manuscritos. Logo, pensa-se que estes enfermeiros estão no caminho certo, mas ainda precisam transpor muitos obstáculos, dentre os quais, os relacionados à ampliação da sua prática para estes campos de ação e a sua atuação no campo das habilidades pessoais. Por outro lado, um apontamento interessante a se fazer é que a intersetorialidade, item essencial para a promoção da saúde e para o enfrentamento das DCNT, não foi muito comentado na prática destes profissionais, tanto na literatura científica, quanto nos participantes do estudo, do que se deduzir que é preciso também avançar neste ponto.

As propostas ou sugestões recomendadas por este estudo vão ao encontro do que os próprios enfermeiros sinalizaram, e estão principalmente relacionadas aos avanços dos desafios identificados. Primeiramente, compreender o real conceito de promoção da saúde e dos seus campos de ação, assim como proposto na Carta de Ottawa que, infelizmente, ainda se confunde com a prevenção de doenças e a educação em saúde. Dessa forma, será possível trabalhar de maneira diferente e mais abrangente, com os próprios profissionais, desde a sua formação acadêmica, até a sua atuação profissional. Além disso, trabalhar com as crianças as práticas de promoção da saúde tem sido uma ação estimulada pela literatura, de modo particular no ambiente escolar, já que neste local é possível instigar reflexões sobre o modo de cuidar da sua saúde e de como melhor promovê-la, tendo um reflexo positivo para a vida adulta.

Mais uma reflexão, do que realmente uma sugestão, refere-se ao atendimento individual dos enfermeiros às pessoas com DCNT, este ocorre tanto de forma programada, mas, principalmente, por meio da demanda espontânea. Sabe-se da importância dessa estratégia para a ampliação do acesso a APS, mas ao mesmo tempo, pelo excesso de demandas, não seria o responsável pelas práticas de promoção da saúde mais tradicionais e restritivas? Fica esse apontamento e questionamento, para estudos futuros, de modo que ampliem a reflexão sobre esse ponto da prática desses profissionais.

Compreende-se que uma limitação desse estudo, como já descritos anteriormente, refere-se principalmente ao número total de participantes. A metodologia do DSC permite que os seus resultados sejam generalizáveis, pois esta trabalha tanto com uma parte qualitativa, que são os próprios discursos obtidos, como com um lado quantitativo que se referem ao número de participantes que fizeram parte desse discurso. Por restrição de tempo para a coleta de dados, não se conseguiu ampliar o número de participantes. Destarte, talvez para essa pesquisa não seja possível considerar a generalização dos dados para toda a população.

Por fim, pode-se afirmar que este estudo, apesar de suas limitações, traz contribuições para a prática dos enfermeiros. Dentre estas, foi possível refletir sob a forma que os mesmos atuam com as pessoas com DCNT na APS, do ponto de vista da promoção da saúde, dos seus avanços obtidos e dos seus desafios que ainda precisam ser transpostos.

## REFERÊNCIAS

- AL SAYAH, F. *et al.* Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 2968–2979, 2014.
- ALAZRI, M.H. *et al.* UK GPs' and practice nurses' views of continuity of care for patients with type 2 diabetes. **Family Practice**, v. 24, p. 128–137, 2007.
- ALBUQUERQUE, O.M. *et al.* Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 604–615, abr./jun. 2014.
- ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, set.-out, 2014.
- ALMEIDA, E.R. *et al.* Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 683-91, fev. 2016.
- ALVES, C.G; NETO, O.L.M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 641-654, mar. 2015.
- BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.
- BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, Oct.. 2012.

BEDIN, L.F. *et al.* Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 61-67, set. 2014.

BERARDINELLI, L.M.M. *et al.* Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-9, set.-out., 2014.

BEZERRA, S.T. F. *et al.* Ações de enfermagem identificadas no projeto CIPESC® e encontradas na prática educativa de pacientes hipertensos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006.

BEZERRA, N.M.C. *et al.* Consulta de enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. **Rev. RENE**, v. 9, n. 1, p.86-95, jan.-mar. 2008.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da república federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 jun. 1986.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n.(º) 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 09 jun. 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro: situação e desafios atuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o**

**cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático:** promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 10 mai. 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica:** acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.  
Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Situação Epidemiológica – Dados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia->

mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/11232-situacao-epidemiologica-dado>. Acesso em 01 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014b. Disponível em<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Notícias: Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=1998](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998)>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel\\_brasil\\_2015.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel_brasil_2015.pdf)>. Acesso em: 18jan. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-41.

\_\_\_\_\_. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Mangaratiba: Ecodebate, 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Virtual em Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde – Bases de Dados Internacionais**. Disponível em: <<http://www.bvsoncologia.org.uy/php/level.php?lang=pt&component=17&item=119>>. Acesso em: 05 mar. 2016a.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Virtual em Saúde. **Portal Regional da BVS – Sobre a BVS**. Disponível em: <<http://bvssalud.org/sobre-o-portal/>>. Acesso em: 05 mar. 2016b.

CAÇADOR, B.S. *et al.* Ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev. Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, jul.-set. 2015.

CAMARGO, R. A. A; ANJOS, F.R; AMARAL, M.F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 864-872, out/dez, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/892#>>. Acesso em: 08 out. 2015.

CAMPOS, M.R.R.; RODRÍGUEZ, A.C. Abordaje integral de un caso crónico complejo a través de un equipo interdisciplinar en atención primaria. **Enferm Clin.**, v. 26, n. 1, p. 38-44, 2015.

CASS, S.; BALL, L.; LEVERITT, M. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to

patients living with chronic disease. **Australian Journal of Primary Health**, v. 20, n. 2, p. 203-208, 2014.

CHIESA, A.M. *et al.* A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 43, Esp. 2, p. 1352-7, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a36v43s2.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015.

CINCURÁ, R. N. S. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil**. 2014. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Equipes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

CORRÊA, Á.C.P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-80, jan.-mar., 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12491>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

COSTA, S.M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, abr.-jun. 2013.

COSTA, C.G.A. *et al.* Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3099-3110, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3099.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>>. Acesso: 02 nov. 2015.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 43-57.

DESHEFY-LONGHI, T.; SWARTZ, M.K.; GREY, M. Characterizing nurse practitioner practice by sampling patient encounters: An APRNet study. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 20, p. 281-287, 2008.

DOOLAN-NOBLE, F.; GAULD, R.; WATERS, D.L. Are nurses more likely to report providing care plans for chronic disease patients than doctors? Findings from a New Zealand study. **Chronic Illness**, v. 11, n. 3, p. 210-217, 2015.

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, Aug., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0781.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

DUARTE, E.D. *et al*. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, Dec. 2015a.

\_\_\_\_\_. Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 648-655, 2015b.

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na Enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-720, set.-dez. 2015.

ECCLES, M.P. *et al*. Instrument development, data collection, and characteristics of practices, staff, and measures in the Improving Quality of Care in Diabetes (iQuaD) Study. **Implementation Science**, v. 6, n. 61, 2011.

EGGLESTON, K.; KENEALY, T. What makes Care Plus effective in a provincial Primary Health Organisation? Perceptions of primary care workers. **Journal of primary health care**, v. 1, n 3, set., 2009.

ELSEVIER. **Produtos:** Scopus. Disponível em: <<http://www.americalatina.elsevier.com/sul/pt-br/scopus.php> >. Acesso em: 24 mar. 2016.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 1-260, jan.-mar. 2014.

FARIA, C.C.C.; MORRAYE, M.A.; SANTOS, B.M.A. O diabético numa perspectiva da promoção de saúde. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 26-35, jan.-mar., 2013. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2615/pdf> >. Acesso em: 24 mai. 2015.

FARIAS, G.B.; FAJARDO, A.P. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, supl., 3, pm. 2075-93, jun. 2015.

FAWCETT, J. **Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge:** analysis and evaluation of nursing models and theories. 3<sup>o</sup> ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2013.

FERNANDES, M.T.O.; SILVA, L.B. SOARES, S.M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2011.

FERRO, L.F. *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/155562/A01.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf) >. Acesso em: 23 dez. 2016.

FISCHER, L.A.; BORGES, N.S.; BENITO, G.A.V. Percepções do enfermeiro sobre gerência da atenção primária no município de Pedro

Canário. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, v. 5, p. 25-33, jan.-jun. 2016.

FONSECA, A. *et al.* As interfaces do ambiente para a saúde: um estudo com crianças. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 754-60, nov.-dez. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10086/16137>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, Mar. 2007.

FREITAS, I.C.F. *et al.* Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1001-1012, out./dez. 2011.

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, jan.-jul. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 dez. 2015.

GALLANI, M.C.B.J. O enfermeiro no contexto das doenças crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 1-2, jan.-fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt\\_0104-1169-rlae-23-01-00001.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00001.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

GARBIN, H.B.R.; GUILAM, M.C.R.; NETO, A.F.P. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 347-363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a19.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GEENSE, W. W. *et al.* Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study, **BMC Family Practice**, v. 14, n. 20, 2013.

GILMOUR, J. *et al.* Primary health care nurses and heart failure education: a survey. **Journal of primary health care**, v. 6, n. 3, p. 229-237, set., 2014.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

GUEDES, N.G. *et al.* Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 151-156, 2012.

GUEDES, L.E.; JUNIOR, M.F. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/04.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GURGEL, M.G.I. *et al.* Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, jul.-set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a24v15n3.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

HAESER, L.M; BÜCHELE, F; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, abr.-jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

HEIDMANN, I.T.S.B. *et al.* Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2. p. 352-358, abr.-jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Cien. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 613-619, jul.-set., 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13554/pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

HEIDEMANN, I.T.S.B. *et al.* Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 28. n. 2, p. 152-159, mar.-apr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0152.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2015.

HOGG, W. *et al.* Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. **Open Med.**, v. 3, n. 3, p. 165-173, 2009.

HUDON, C. *et al.* Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. **Annals of Family medicine**, v. 13, n. 6, nov.-dez., 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050**: revisão 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Santa Catarina: Florianópolis**. IBGE, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540&search=santa-catarina|florianopolis>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

JODELET D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI S. **Psicología social II** (Pensamiento y vida social y problemas sociales). Barcelona: Paidós; 1987. p. 469-94.

JONGUDOMKARN, D.; SINGHAWARA, P.; MACDUFF, C. Village Voices: Lessons about Processes for Disease Prevention from a Qualitative Study of Family Health Leaders in a Community in Northeastern Thailand. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, p. 4401-4408, 2015.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jan.-jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

KAWATA, L.S. *et al.* Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto contexto – enferm.**, v. 22, n. 4, p. 961-70, out.-dez., 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liver Livro, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2ª ed. Brasília: Liver Livro, 2012.

\_\_\_\_\_. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunitárias. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

LEMOS, L.A. *et al.* Grupo de promoção da saúde para portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 521-6, out/dez 2013.

LIONELLO, C.D.L. *et al.* O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012.

LOPES, M.J.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, n. 24, p. 105-125, jan.-jun. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

LOPES, M.S.V. *et al.* Promoção da saúde na percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. da Rede de Enferm. do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027985008>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

LUKEWICH, J. *et al.* Nursing Contributions to Chronic Disease Management in Primary Care. **JONA**, v. 44, n. 2, fev., 2014.

LUNDH, L.; ROSENHALL, L.; TÖRNKVIST, L. Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 3, p. 237-246, 2006.

MACDONALD, W. *et al.* Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 2, p. 191-199, 2008.

MACHADO, E.C.M. Processo de trabalho em saúde: gestão do perfil do profissional de enfermagem. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 26-42, jan.-dez. 2015. Disponível em:

<<http://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/349/269>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

MAHMOOD, Q.; MUNTANER, C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. **Glob Health Promot.**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2013.

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

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B.

Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out.-dez. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MALTA, D.C. *et al.* Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 171-178, jan-mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a18.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B.S. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan.-mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

MALTA, D.C. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, nov. 2014a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4341.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016a.

\_\_\_\_\_. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015.

**Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, abr-jun. 2016b.

MANTOVANI, M.F. *et al.* A influência dos jogos educativos na compreensão do tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev enferm Herediana**, v. 1, n. 2, p. 130-133, 2008.

MANTOVANI, M.F. *et al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 662-668, dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a04.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

MARINHO, L.M. *et al.* Atributos da Atenção Primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Norte Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2015.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, nov.-dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016)>. Acesso em: 13 mai. 2015.

MÁSSIMO, E.A.L.; SOUZA, H.N.F.; FREITAS, M.I.F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan.-fev., 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MAZZUCHELLO, F.R. *et al.* A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 462-472, 2014.

MEDINA, M.G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MELO, L.M.; WERNET, M.; NAPOLEÃO, A.A. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na Estratégia de Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 9, n. 2, p. 160-170, jul.-dez., 2015.

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

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00200.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MESQUITA, A.C.; CARVALHO, E.C. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-36, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

MOYSÉS, S.T.; SÁ, R.F. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4323.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

NOLAN, C. *et al.* Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. **Primary Health Care Research & Development**, v. 13, p. 353-363, 2012.

NUNES, G. B.L. BARRADA, L.P. LANDIM, A.R.E.P. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do

homem. **Rev. Baiana de Enferm.**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 13-20, jan./abr. 2013.

OLIVEIRA, M.M. *et al.* O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 184-189, 2011.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3422/2813>>. Acesso em 03 dez. 2016.

OLIVEIRA, M.B. *et al.* Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev. RENE**, v. 14, n. 5, p. 894-903, 2013. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789005>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração Internacional de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2015.

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

<[http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual\\_final.pdf](http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual_final.pdf)>. Acesso em 21 jan. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Genebra: OMS, 2011. Disponível:

<[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

PAULA, G.R. *et al.* Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 242-9, mar./abr. 2016.

PENHA, A.A.G. *et al.* Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406-414, jul.-set. 2015.

PEREIRA, M.M. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 167-75, jan.-mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00167.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00167.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

PINHEIRO, D. G. M *et al.* Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, jan.-mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-64, sept., 2010.

PMF. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Florianópolis: PMF/SMS, 2014a. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08\\_08\\_2014\\_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços:** atenção primária à saúde. Florianópolis: PMF/SMS, 2014b. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrIbyweVIIYUtpMWRZZHM/edit>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão:** período de Janeiro a Dezembro de 2014. Florianópolis: PMF/SMS, 2015a. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/21\\_05\\_2015\\_13.39.14.245d6a6350d79e4d7be4ef2b2c4592ba.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/21_05_2015_13.39.14.245d6a6350d79e4d7be4ef2b2c4592ba.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Sobre Florianópolis:** a cidade. Florianópolis: PMF/SMS, 2015b. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=a+cidade&menu=5>>. Acesso em: 28set. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem Volume 1: Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares**. Florianópolis: PMF/SMS, 2016. Disponível em:

<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06\\_09\\_2016\\_13.36.23.51f8df9cd0fb5bf90eb389962c69e689.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06_09_2016_13.36.23.51f8df9cd0fb5bf90eb389962c69e689.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

POLIT, D.F; BECK; C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RACHADEL, M. V. **Promoção da saúde: atuação da equipe de enfermagem em grupos de educação na atenção básica**. 2014. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RADA, L.P.V.D. de *et al.* Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. Gestión de un caso clínico em Atención Primaria. **Enferm Clin.**, v. 24, n. 4, p. 254-260, 2014.

RAQUEL, A.M. Proceso de Atención de Enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. **Archivos de Medicina Familiar y General**, v. 11, n. 2, p. 21-26, 2014.

RETICENA, K. O. *et al.* Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HIPERDIA. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 107-113, abr.-jun. 2015.

RODRIGUES, C.C; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da Saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, jul.-out., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/04.pdf> >. Acesso em: 02 mar. 2016.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-65, jan-mar 2013.

SCHMIDT, F. **Ministério da Saúde lança Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Agência Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34641-ministerio-lanca-politica-nacional-de-promocao-da-saude>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, mai. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2014.

SILVA, K. L. *et al.* Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 368-376, abr.-jun. 2010. Disponível em: <[http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=767](http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=767)>. Acesso em: 13 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76-85, feb. 2014a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0076.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SILVA, T.F.A. *et al.* Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 710-716, jul./set. 2014b.

SILVA, K.L. *et al.* Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 614-622, jul.-set. 2014c.

SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 34, n. 5, p. 343-350, nov. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892013001100007](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001100007)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

SMOLOWITZ, J. *et al.* Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. **Nurs Outlook**, v. 63, p. 130-136, 2015.

SOUSA, E.F.R. *et al.* Acompanhamento de famílias de crianças com doença crônica: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1367-1372, dec. 2013.

SOUZA, M.B. *et al.* Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 33, n. 3, 2013.

SOUZA, N.P. *et al.* O programa saúde na escola e as ações de alimentação e nutrição: uma análise exploratória. **Rev. APS**, v. 18, n. 3, p. 360-367, 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2440/899>>. Acesso em 23 dez. 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan.-mar., 2010. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SOUZA, T.H.; ZEFERINO, M.T.; FERMO, V.C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1-8, oct, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt\\_0104-0707-tce-25-03-4440015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4440015.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

SOUZA, J.M. *et al.* Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, jul., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02265.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

STAJDUHAR, K. *et al.* Core aspects of "empowering" caregivers as articulated by leaders in home health care: palliative and chronic illness contexts. *Can J Nurs Res.*, v. 43, n. 3, p. 78-94, set., 2011.

TADDEO, P.S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

TAVARES, M.F.L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, jun. 2016.

TEIXEIRA, M.B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 52-68, out. 2014.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

WALLERSTEIN, N *et al.* Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. **Health Promot Int.** v. 26, n. 2, p. 226-36, 2011.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 635-667.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**.v. 52, n. 5, p. 543-553, 2005.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy**. Adelaide: WHO, 1988. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**. Sundsvall: WHO, 1991. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Fourth International Conference on Health Promotion**. Jacarta: WHO, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Fifth Global Conference on Health Promotion**. México: 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1)>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **7th Global Conference on Health Promotion**. Nairóbi: WHO, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Social Determinants of Health Discussion Paper 1**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/corner/SDHDP1.pdf](http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP1.pdf)>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global Noncommunicable Disease Network (NCDnet)**. Geneva: WHO, 2011a. Disponível em:

<[http://www.who.int/nmh/events/global\\_forum\\_ncd/forum\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/forum_report.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011b.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **The Helsinki Statement on Health in All Policies**. Finland: WHO, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>. Acesso em: 06 nov 2013.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Social Determinants of Health Discussion Paper 5**. Geneva: WHO, 2013b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84373/1/9789241505369\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84373/1/9789241505369_eng.pdf?ua=1&ua=1) >. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-status-report-ncds-2014-eng.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em: <<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/ncds-country-profiles-eng.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Shanghai: WHO, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

YOSHIDA, V.C.; ANDRADE, M.G.G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 597-610, set. 2016.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



### PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA PARA DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

#### IDENTIFICAÇÃO

**Mestranda:** Renata Machado Becker.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

**Grupo de Pesquisa:** LAPEPS – Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde.

**Tema:** Publicações sobre práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com Doença Crônica Não Transmissível, realizadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

#### VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO

Prof<sup>a</sup>. Dra. Betina Horner Schindwein Meirelles e Prof<sup>a</sup>. Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes.

#### PERGUNTA

Como os enfermeiros têm desenvolvidos as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com Doença Crônica Não Transmissível na Atenção Primária à Saúde, a partir das publicações científicas de âmbito nacional e internacional?

#### OBJETIVO

Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com Doença Crônica não Transmissível na Atenção Primária à Saúde, a partir das publicações científicas.

## **DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de uma revisão da literatura do tipo integrativa, de abordagem qualitativa, conduzida a partir das etapas propostas por Whittemore & Knafl (2005):

1. Identificação do problema de estudo;
2. Levantamento da literatura;
3. Avaliação crítica dos estudos;
4. Análise dos dados;
5. Apresentação.

Além das etapas acima, algumas informações se fazem necessárias para melhor esclarecer o desenho do estudo. O período de busca dos estudos se refere aos materiais publicados de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2015. Serão selecionados apenas os estudos que estejam nos idiomas, inglês, espanhol ou português. Após, serão listadas as referências dos materiais encontrados, de modo a realizar uma busca nas mesmas, a fim de poder encontrar alguma referência de interesse para a presente proposta de revisão integrativa.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Artigos de periódicos indexados nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public MEDLINE* – Editora MEDLINE (PUBMED) / *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* – Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SCIELO) e *Sciverse Scopus* na modalidade de artigos originais e relatos de experiência, que contenham os descritores listados neste protocolo, nos idiomas espanhol, inglês e português, publicados entre os anos de 2004 a 2015 e que estejam relacionados com a temática do presente protocolo.

## **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Publicações de trabalhos duplicados; artigos de revisão de literatura; editoriais; cartas; artigos de opinião; reflexão teórica; comentários; ensaios; notas prévias; teses; dissertações; Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC); manuais; resumos em anais de eventos ou periódicos; dossiês; documentos oficiais de programas nacionais e

internacionais; políticas de saúde; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; livros; capítulos de livro e estudos que não contemplem a finalidade deste protocolo.

## **ESTRATÉGIAS DE BUSCA**

**a) Descritores:** *DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings):*

**Atenção Primária à Saúde** (*Primary Health Care - Atención Primaria de Salud*): é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (OMS, 1978).

Sinônimos: Atenção Primária de Saúde, Atenção Básica, Atenção Básica à Saúde, Atenção Básica de Saúde, Atenção Primária, Atendimento Básico, Atendimento Primário, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Primários, Cuidados Primários à Saúde, Cuidados Primários de Saúde.

**Enfermagem** (*Nursing – Enfermería*): campo da enfermagem voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde (BVS, 2015).

**Estratégia Saúde da Família** (*Family Health Strategy – Estrategia de Salud Familiar*): modelo de atenção primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção primária no país, de acordo com os preceitos do SUS. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades primárias de saúde. A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil (BVS, 2015).

Sinônimos: Estratégia Saúde da Família, Estratégia da Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Familiar, Estratégia Saúde Familiar, Programa Saúde da Família, Programa Saúde

da Família, Programa de Saúde Familiar, Programa de Saúde da Família, PET Saúde da Família, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Saúde da Família).

**Doença Crônica** (*Chronic Disease – Enfermedad Crónica*): doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado (BVS, 2015).

Sinônimos: casos crônicos, quadros crônicos, doenças crônicas, moléstia crônica, doença degenerativa, doenças degenerativas.

**Prática de Saúde Pública** (*Public Health Practice – Práctica de Salud Pública*): corresponde às atividades e empenhos dos serviços de saúde pública em qualquer nível de uma comunidade (BVS, 2015).

**Promoção da Saúde** (*Health Promotion - Promoción de la Salud*): processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção da saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país (WHO, 1986).

Sinônimos: Promoção em Saúde; Programas de Bem-Estar; Campanhas de Saúde.

- b) Bases eletrônicas de dados:** BDENF, LILACS, PUBMED/MEDLINE, SCIELO e *Sciverse Scopus* por acreditar ser de relevância, tendo em vista a abrangência da produção nacional e internacional, retratando a realidade de interesse desta investigação.

A **BDENF** (Base de Dados de Enfermagem) é uma base de dados bibliográficas, especializada na área de Enfermagem, desenvolvida pela Biblioteca J. Baeta Vianna, do Campus da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Criada em 1998, tinha como intuito facilitar o acesso e a difusão das publicações da área. Seu acervo inclui referências

bibliográficas e resumos de documentos convencionais e não convencionais, tais como: livros, teses, manuais, folhetos, congressos, separatas e publicações periódicas gerados no Brasil ou, escritos por autores brasileiros e publicados em outros países (BVS, 2016a).

**LILACS** (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME (Biblioteca Regional de Medicina, também conhecido por Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) que compreende a literatura científica relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da Região, desde de 1982. Possui aproximadamente 350 mil registros de cerca de 670 revistas, das mais conceituadas na área da saúde, incluindo: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos científicos e publicações governamentais (BVS, 2016a).

A **PUBMED/MEDLINE** (*Public MEDLINE* – Editora MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – Literatura Internacional em Ciências da Saúde) é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica produzida pela *National Library of Medicine* dos Estados Unidos da América. Possui aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde o ano de 1966, que cobrem as áreas da medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins (BVS, 2016a).

**SCIELO** (*Scientific Electronic Library Online* – Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) é um modelo de publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet. Desenvolvido especialmente para responder às demandas de comunicação científica nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina e Caribe. Este modelo proporciona uma solução eficiente para assegurar a visibilidade e o acesso universal à literatura científica (BVS, 2016a).

A *Sciverse Scopus* é um produto da editora Elsevier e refere-se a uma das maiores base de dados de resumos e citações de literatura científica revisada por pares. Oferece uma visão abrangente sobre a produção de pesquisa do mundo nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e artes e humanidades. Abrange cerca de 50 milhões de registros, 21.000 títulos e 5.000 editores (ELSEVIER, 2016).

A comunicação à base de dados BDNF e LILACS será realizada, mediante o acesso à plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esta foi estabelecida em 1998 como modelo, estratégia e plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a gestão da informação e conhecimento em saúde na Região da América Latina e Caribe. A BVS é uma Rede de Redes construída coletivamente e coordenada pela BIREME. É desenvolvida de modo descentralizado por meio de instâncias nacionais e por redes temáticas de instituições relacionadas à pesquisa, ensino ou serviços (BVS, 2016b).

**c) Informações a serem extraídas das produções:** país; idioma; base de dados; periódico; título; autor(es); ano de publicação; objetivo; método (tipo do estudo, população estudada, local e ano de realização do estudo); resultados alcançados (práticas de promoção da saúde desenvolvidas) e conclusão/considerações finais.

**d) Período de busca:** materiais publicados entre os anos de 2004 a 2015. O ano de início da pesquisa é justificado por coincidir com a divulgação do projeto “Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação – relatório mundial” publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003. Este documento foi de extrema relevância, pois apresentou um modelo de atenção abrangente a fim de atualizar os serviços de saúde com vistas ao cuidado às pessoas com doenças crônicas (OMS, 2003).

**e) Cruzamentos:** utilizaram-se descritores e palavras-chave, quando aplicáveis, para realizar a busca nas bases de dados conforme a descrição abaixo, sendo que posterior à pesquisa foi aplicada os filtros de ano e idioma de publicação. Para a pesquisa nas bases BDNF e LILACS a busca foi no campo do título, resumo e assunto. Na SCIELO a busca foi apenas no resumo. E nas bases PUBMED/MEDLINE e Scopus a busca ocorreu no campo título e resumo.

#### **BDNF, LILACS e SCIELO:**

("atenção primária à saúde" OR "atenção primária de saúde" OR "atenção primária" OR "atendimento primário" OR "cuidado de saúde primário" OR "cuidados de saúde primários" OR "cuidado primário" OR

"cuidados primários" OR "cuidados primários à saúde" OR "cuidados primários de saúde" OR "atenção básica à saúde" OR "atenção básica de saúde" OR "atenção básica" OR "atendimento básico" OR "cuidado de saúde básico" OR "cuidados de saúde básicos" OR "cuidado básico" OR "cuidados básicos" OR "cuidados básicos à saúde" OR "cuidados básicos de saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "estratégia da saúde da família" OR "estratégia de saúde da família" OR "estratégia de saúde familiar" OR "estratégia saúde familiar" OR "programa saúde da família" OR "programa de saúde familiar" OR "programa de saúde da família" OR "saúde da família" OR "promoção da saúde" OR "promoção em saúde" OR "promoção de saúde" OR "prática de saúde pública" OR "práticas de saúde pública" OR "prática de saúde" OR "práticas de saúde" OR "atención primaria de salud" OR "atención primaria" OR "atención basica de salud" OR "atención basica" OR "servicio básico de salud" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud" OR "estrategia de salud familiar" OR "estrategia de salud de la familia" OR "programa de salud familiar" OR "programa de salud de la familia" OR "salud de la familia" OR "salud familiar" OR "promoción de la salud" OR "práctica de salud pública" OR "prácticas de salud pública" OR "práctica de salud" OR "practicadas de salud" OR "primary health care" OR "primary care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "family health strategy" OR "health strategy of the family" OR "family health program" OR "health program of the family" OR "family health" OR "health promotion" OR "public health practice" OR "public health practices" OR "health practice" OR "health practices") AND ("doença crônica" OR "doenças crônicas" OR "caso crônico" OR "casos crônicos" OR "paciente crônico" OR "pacientes crônicos" OR "doente crônico" OR "doentes crônicos" OR "doença crônica não transmissível" OR "doenças crônicas não transmissíveis" OR "condição crônica" OR "enfermedad crónica" OR "enfermedades crónicas" OR "caso crónico" OR "casos crónicos" OR "paciente crónico" OR "pacientes crónicos" OR "enfermo crónico" OR "enfermos crónicos" OR "enfermedad crónica no transmissible" OR "enfermedades crónicas no transmisibles" OR "condición crónica" OR "chronic disease" OR "chronic diseases" OR "chronic non communicable disease" OR "chronic non communicable diseases" OR "chronic illness" OR "chronic illnesses" OR "chronic condition" OR "chronic case" OR "chronic cases" OR "chronic patient" OR "chronic patients" OR "chronically ill" OR "chronic non

transmissible diseases" OR "chronic non transmissible disease") AND (enfermeir\* OR "enfermagem" OR enfermer\* OR "enfermería" OR nurse\* OR "nursing").

### **PUBMED/MEDLINE:**

((("primary health care"[Title/Abstract] OR "primary care"[Title/Abstract] OR "basic health care"[Title/Abstract] OR "basic care"[Title/Abstract] OR "basic service"[Title/Abstract] OR "family health strategy"[Title/Abstract] OR "family health program"[Title/Abstract] OR "family health"[Title/Abstract] OR "health promotion"[Title/Abstract] OR "public health practice"[Title/Abstract] OR "public health practices"[Title/Abstract] OR "health practice"[Title/Abstract] OR "health practices"[Title/Abstract])) AND ("chronic disease"[Title/Abstract] OR "chronic diseases"[Title/Abstract] OR "chronic non communicable disease"[Title/Abstract] OR "chronic non communicable diseases"[Title/Abstract] OR "chronic illness"[Title/Abstract] OR "chronic illnesses"[Title/Abstract] OR "chronic condition"[Title/Abstract] OR "chronic case"[Title/Abstract] OR "chronic cases"[Title/Abstract] OR "chronic patient"[Title/Abstract] OR "chronic patients"[Title/Abstract] OR "chronically ill"[Title/Abstract] OR "chronic non transmissible diseases"[Title/Abstract])) AND (nursing[Title/Abstract] OR nurse\*[Title/Abstract])

### **Sciverse Scopus:**

TITLE-ABS("atenção primária à saúde" OR "atenção primária de saúde" OR "atenção primária" OR "atendimento primário" OR "cuidado de saúde primário" OR "cuidados de saúde primários" OR "cuidado primário" OR "cuidados primários" OR "cuidados primários à saúde" OR "cuidados primários de saúde" OR "atenção básica à saúde" OR "atenção básica de saúde" OR "atenção básica" OR "atendimento básico" OR "cuidado de saúde básico" OR "cuidados de saúde básicos" OR "cuidado básico" OR "cuidados básicos" OR "cuidados básicos à saúde" OR "cuidados básicos de saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "estratégia da saúde da família" OR "estratégia de saúde da família" OR "estratégia de saúde familiar" OR "estratégia saúde

familiar" OR "programa saúde da família" OR "programa de saúde familiar" OR "programa de saúde da família" OR "saúde da família" OR "promoção da saúde" OR "promoção em saúde" OR "promoção de saúde" OR "prática de saúde pública" OR "práticas de saúde pública" OR "prática de saúde" OR "práticas de saúde" OR "atención primaria de salud" OR "atención primaria" OR "atención basica de salud" OR "atención basica" OR "servicio básico de salud" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud" OR "estrategia de salud familiar" OR "estrategia de salud de la familia" OR "programa de salud familiar" OR "programa de salud de la familia" OR "salud de la familia" OR "salud familiar" OR "promoción de la salud" OR "práctica de salud pública" OR "prácticas de salud pública" OR "práctica de salud" OR "practicadas de salud" OR "primary health care" OR "primary care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "family health strategy" OR "health strategy of the family" OR "family health program" OR "health program of the family" OR "family health" OR "health promotion" OR "public health practice" OR "public health practices" OR "health practice" OR "health practices") AND TITLE-ABS("doença crônica" OR "doenças crônicas" OR "caso crônico" OR "casos crônicos" OR "paciente crônico" OR "pacientes crônicos" OR "doente crônico" OR "doentes crônicos" OR "doença crônica não transmissível" OR "doenças crônicas não transmissíveis" OR "condição crônica" OR "enfermedad crónica" OR "enfermedades crónicas" OR "caso crónico" OR "casos crónicos" OR "paciente crónico" OR "pacientes crónicos" OR "enfermo crónico" OR "enfermos crónicos" OR "enfermedad crónica no transmisibile" OR "enfermedades crónicas no transmisibles" OR "condición crónica" OR "chronic disease" OR "chronic diseases" OR "chronic non communicable disease" OR "chronic non communicable diseases" OR "chronic illness" OR "chronic illnesses" OR "chronic condition" OR "chronic case" OR "chronic cases" OR "chronic patient" OR "chronic patients" OR "chronically ill" OR "chronic non transmissible diseases" OR "chronic non transmissible disease") AND TITLE-ABS(enfermeir\* OR "enfermagem" OR "nursing" OR nurse\* OR "enfermeria" OR enfermer\*).

## SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Em um primeiro momento será realizada a classificação dos artigos no que tange aos critérios de inclusão, exclusão e objetivo,

relativos ao escopo deste protocolo, com base na leitura dos títulos, resumos e palavras-chave de todos os artigos investigados, de modo a realizar uma primeira varredura dos materiais que não se enquadram na presente proposta de revisão. Nesta etapa, um recurso a ser utilizado é o gerenciador de referências *ENDNOTE WEB®*, este facilita na eliminação de estudos duplicados. Posteriormente os estudos pré-selecionados passarão por uma leitura na íntegra do seu conteúdo, de modo a analisá-los se realmente atendem aos critérios e ao objetivo do protocolo. Por fim, os artigos que atenderem os objetivos propostos para a revisão integrativa serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

## **AValiação Crítica dos Estudos**

Nesta etapa, os estudos passarão novamente por uma releitura criteriosa a fim de extrair os dados que serão utilizados na fase da análise, ou seja, este é o momento da sistematização dos dados. Dessa forma, será possível identificar nos estudos as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com Doença Crônica não Transmissível, desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

### **ANÁLISE DOS DADOS**

Após a sistematização dos dados, os mesmos serão analisados a partir das recomendações de Whittemore & Knafl (2005) que corresponde a quatro etapas:

1. **Redução dos dados:** corresponde à determinação de um sistema de classificação geral, ou seja, os estudos serão divididos em subgrupos, conforme uma classificação estabelecida previamente, de modo a facilitar a análise. No presente protocolo será utilizada a ordem cronológica de publicação dos estudos, para esta classificação.

2. **Visualização dos dados:** consiste em exibir os dados de cada subgrupo de forma visual, através de matrizes, gráficos, quadros e outros. Nesta revisão integrativa, a visualização dos dados será por meio de uma tabela, utilizando-se o programa Microsoft Excel®.

3. **Comparação dos dados:** este passo envolve um processo interativo de examinar os dados a partir da visualização dos mesmos, realizado na etapa anterior, a fim de identificar os padrões e as diferenças entre os estudos selecionados. Esse processo de visualização

e comparação permite o surgimento de categorias, na qual as variáveis similares são agrupadas, permitindo um melhor esclarecimento sobre o problema que se deseja conhecer.

4. **Esboço da conclusão e verificação:** corresponde à fase de interpretação dos dados a partir da descrição dos padrões e das relações de semelhanças e diferenças, identificados nos estudos primários selecionados. Após a conclusão da análise de cada subgrupo é realizado uma síntese dos elementos importantes, de forma a retratar de maneira abrangente a temática e o processo da revisão.



## REFERÊNCIAS

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Virtual em Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde – Bases de Dados Internacionais**. Disponível em: <<http://www.bvsoncologia.org.uy/php/level.php?lang=pt&component=17&item=119>>. Acesso em: 05 mar. 2016a.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Virtual em Saúde. **Portal Regional da BVS – Sobre a BVS**. Disponível em: <<http://bvssalud.org/sobre-o-portal/>>. Acesso em: 05 mar. 2016b.

ELSEVIER. **Produtos: Scopus**. Disponível em: <<http://www.americalatina.elsevier.com/sul/pt-br/scopus.php>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração Internacional de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual\\_final.pdf](http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual_final.pdf)>. Acesso em 21 jan. 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**.v. 52, n. 5, p. 543-553, 2005.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>>. Acesso em: 08 jul. 2014.



## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

##### Parte I: Dados sociodemográfico e profissional

1. Identificação/Codinome:
2. Centro de Saúde:
3. Distrito Sanitário:
4. Idade:
5. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outros
6. Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a)  
( ) Viúvo (a) ( ) Outros:
7. Tempo de formação profissional:
8. Instituição de ensino em que se formou:
9. Maior Titulação acadêmica concluída:  
( ) Graduação.  
( ) Especialização. Área: \_\_\_\_\_  
( ) Mestrado. Área: \_\_\_\_\_  
( ) Doutorado. Área: \_\_\_\_\_
10. Tempo de atuação profissional na APS:

##### Parte II: Identificação das práticas de promoção da saúde

1. No seu trabalho na APS existem pessoas com DCNT. Como é o seu trabalho com estas pessoas? Fale um pouco sobre essa parte do seu trabalho, o que você faz?
2. O que você acha da forma como vocês se organizam como profissionais, como equipe, para o atendimento destas pessoas? Fale um pouco sobre isso.

3. Dentro do que você faz com estas pessoas você considera que algumas atividades/práticas são de promoção da saúde? Fale um pouco sobre isso.
4. O que é Promoção da Saúde para você?
5. Você desenvolve alguma atividade com estas pessoas fora da área específica da saúde? Fale um pouco sobre isso.
6. Alguma coisa precisa ser feita para incentivar ações de promoção da saúde no seu serviço, ou não? Fale um pouco sobre isso.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (com base na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Renata Machado Becker, enfermeira e mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Neste momento gostaríamos de convidá-lo(a) a participar deste estudo que tem como objetivo compreender as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária de Florianópolis – Santa Catarina. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvida através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), utilizando como método de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente estabelecido. Acredita-se que este estudo possibilite a construção do conhecimento sobre as formas com que os enfermeiros promovem saúde às pessoas com DCNT no seu território de atuação profissional, estimulando assim melhores práticas de atuação.

Dessa forma, sua participação é voluntária, ou seja, a qualquer momento da pesquisa você poderá desistir, sem que isso lhe cause qualquer tipo de prejuízo, sanção, dano ou desconforto, para isso basta solicitar a retirada deste termo de consentimento.

Além disso, os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo-se o anonimato de seu nome, da

imagem da instituição e das informações fornecidas. Dessa forma será fornecido a cada participante um código para evitar a identificação pessoal, respeitando assim a privacidade.

A sua participação consistirá em responder à entrevista que será gravada (mediante a sua autorização) e transcrita posteriormente, além de permitir o registro de algumas informações, por parte do pesquisador, quando necessário, sempre mantendo o sigilo da identificação em todo o tempo do estudo.

Portanto, sua participação não implicará em nenhum custo material, bem como não será pago pela sua contribuição. No que se referem aos benefícios que poderão ser obtidos, em decorrência da sua participação, estes são da ordem da contribuição para a construção e desenvolvimento do conhecimento científico para a área das práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT, qualificando ainda mais a atuação do profissional enfermeiro no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Informamos que essa pesquisa não provocará riscos à sua integridade física, contudo poderá oferecer mínimos riscos de ordem reflexiva, pois o entrevistado pode fazer avaliações pessoais sobre a sua prática profissional de cuidado às pessoas com DCNT. Se por ventura isso ocorrer a entrevista será interrompida, sendo que a pesquisadora garante ressarcimento e indenização pelos eventuais danos ou custos sofridos, sejam eles de ordem físicas e/ou emocionais, desde que estes estejam comprovadamente vinculados a sua participação na pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, podendo ser divulgados em eventos e publicações em periódicos científicos, sempre prezando pelo anonimato dos participantes. Estes dados serão guardados em local seguro no Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) e as gravações serão destruídas, após o término da pesquisa.

Enfim, se você se sente plenamente esclarecido das questões que envolvem a pesquisa e concorda em participar da mesma, solicito que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma via ficará sob a guarda das pesquisadoras e outra via lhe será assegurada.

Esclarecimentos adicionais relacionados à pesquisa poderão ser feitos com os responsáveis pela pesquisa. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Campus Reitor João David Ferreira Lima – Bloco H – Sala 305 – Bairro

Trindade – Florianópolis, Santa Catarina – CEP 88040-900. Telefone: (48) 3721-9480. *E-mail*: ivoneteheidemann@ufsc.br. Mestranda: Renata Machado Becker. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Campus Reitor João David Ferreira Lima – Bloco H – Sala 305 – Bairro Trindade – Florianópolis, Santa Catarina – CEP 88040-900. Telefone (48) 9615-3866. *E-mail*: renatamachado19@gmail.com. Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina da Pró-Reitoria de Pesquisa, situado no Prédio Reitoria II na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, contato pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo *e-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br.

---

Pesquisador Principal  
Responsável  
Profª Drª Ivonete T. S. B.  
Heidemann  
RG: 13417380 / SSP-SC  
Telefone: (48) 3721-9480

---

Pesquisador Principal Assistencial  
Mestranda Renata M. Becker  
RG: 3981943 / SSP-SC  
Telefone: (48) 9615-3866

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, fui informado (a) sobre o objetivo, justificativa, benefícios e riscos em participar da pesquisa. Afirmo que compreendi os procedimentos quanto à confidencialidade, guarda, utilização e divulgação das informações, portanto autorizo a gravação da entrevista por mim disponibilizada. Declaro que estou de acordo em participar, voluntariamente da pesquisa **PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do participante



## **APÊNDICE D – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 1**

### **IC: Trabalho por meio da visita domiciliar**

**DSC:** *Eu faço visita domiciliar para pacientes específicos, que são os que têm critérios, pessoas idosas, ou realmente muito idosas, ou acamadas, que não conseguem vir na unidade, por dificuldade de deambular, então a gente acaba indo em casa. Geralmente contempla esse tipo de problema de saúde, para pacientes que têm alguma dificuldade. Além disso, a minha área de abrangência é longe, 90%, tem que ir de carro, então a gente visita mais os acamados que geralmente têm uma hipertensão ou diabetes, por causa do carro, a gente vai naqueles que têm mais dificuldade de limitação física. A visita de rotina, geralmente não é só crônico, deve ter mais alguma comorbidade, não há reserva de vaga para isso. Fazemos em conjunto, médico e enfermeiro, temos uma tabela, pra não ir só quando o paciente procura, para não perder a rotina de acompanhamento. Vamos a casa para várias abordagens, e a gente consegue pactuar tudo isso em reuniões de área, quais são as visitas e direcionar. A demanda vem a partir, tanto do agente comunitário que encontra alguma situação, ou às vezes de um familiar. Eu procuro ir ou um técnico vai, me passa e depois eu vou, geralmente eu não faço com o médico, faço visita com o dentista, enquanto ele vê a avaliação bucal eu faço a minha parte. Temos bastantes casos, algumas visitas que são mais perto, volta e meia estamos indo pra vigiar mais essas questões. As visitas para os pacientes crônicos são para aqueles que estão restritos ao leito, que têm dificuldades de deambular, a grande maioria são hipertensos ou diabéticos. Os respiratórios crônicos, temos um grupo, que são os que utilizam oxigênio domiciliar, que requerem um pouco mais de cuidado, fazemos visitas periódicas. Nessa visita tem a parte da enfermagem que vê a orientação, os cuidados e esse monitoramento, e a parte médica que vê a parte de medicação, prescrição, mudança de condutas, é feito um trabalho em parceria. Também para os pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, que usam oxigenoterapia, o tratamento é domiciliar. Outra atividade de promoção, é que a gente tem os idozinhos que estão acamados ou limitados na sua residência, não conseguem mais visitar os amigos, parentes, que conviviam antes, então a gente promove um encontro. Não é uma coisa que causa muito impacto, porque acaba atingindo poucas pessoas, mas é uma qualidade de vida que estamos promovendo. A gente usa o carro da visita*

*domiciliar e promove um idoso visitar o outro, é uma forma de está promovendo também um pouco de qualidade de vida para eles. Lá a gente conversa com o paciente, vê como é que são as condições de moradia, orienta as melhorias que tem que ter na casa, autocuidado são coisas desse tipo, alimentação. Eu gosto de fazer as visitas, e acho que as pessoas gostam bastante. É uma atividade muito interessante, em que a gente de fato se integra com a comunidade e eles começam a te aceitar. Quando tu vai a casa deles, eles se sentem acolhidos, cuidados e eu acho que é exatamente assim quando a gente cuida de uma comunidade.*

### **IC: Trabalho por meio do atendimento individual**

**DSC:** *A gente mudou o sistema de consulta/acolhimento, não tem mais agendamentos. A pessoa chega e todas vão ser atendidas, começamos há pouco tempo, e estamos com sucesso. Se for caso para enfermeira, eu atendo, se for para o médico, fazemos o encaminhamento, se precisar fazemos interconsulta. Com o protocolo de hipertensão e diabetes, eu faço a consulta, e depois inverte, consultou comigo dessa vez, a próxima é com o médico. Portanto, não tenho uma agenda para consultas programadas, fica mais na demanda espontânea. Faço consultas regulares, de acordo com a necessidade, respeitando o protocolo. Minha agenda é livre, pra quem necessitar conversar ou consultar com a enfermeira, não tem limite. Nas consultas de demanda espontânea, se aborda os cuidados gerais, alimentação, medicamento, com hipertensos e diabéticos. O que eu fico mais perto são os diabéticos insulino dependentes, talvez por causa dos insumos, dos relatórios, o contato é mais frequente. Então, eles, são o grupo que eu mais estou conseguindo trabalhar, depois do protocolo de enfermagem. No acolhimento eu já abordo sobre os exames, o uso dos medicamentos, quem ajuda. Eles podem chegar à recepção e fazer o agendamento, embora ainda não procurem muito, também marcamos por telefone ou por e-mail. Portanto, organizamos o nosso processo de trabalho, as agendas, metade acolhimento e metade agendamento de horário. Eu tenho horários fixos de atendimentos às pessoas de grupos de risco, idosos, hipertensos, diabéticos e faço atendimentos de demanda espontânea durante o dia. No acolhimento ele traz a demanda, fazemos as orientações de cuidados, fazemos muita educação em saúde e com o protocolo eu acho que vai melhorar o trabalho em equipe, médico e enfermeiro, para atender esses pacientes. Por causa disso, o hipertenso e diabético a gente tem um encaminhamento entre a equipe,*

*manejamos entre médico e enfermeiro. Por exemplo, eu com o médico, que trabalha na área, temos uma parceria, eu faço um pré-atendimento, antes da renovação de receita, do diabético e hipertenso, não se renova sem uma consulta com a enfermeira. Temos uma organização de fluxo de atendimento, uma agenda mais livre, fácil de marcar, a demanda é organizada, damos conta, conseguimos fazer um trabalho preventivo, individualmente não deixamos a desejar. Assim, o que eu mais faço é atendimento de consultório, fazendo promoção, prevenção e atenção, na demanda espontânea e programada. Tenho atendido bastante e eles já estão começando a acostumar que eu faço isso. Com isso estamos trabalhando mais direcionados, porque temos o respaldo do nosso protocolo, ganhamos bastante autonomia, como enfermeiro. Desde que saíu, eu tenho procurado aplicar realmente o que é permitido e fazer as ações que são preconizadas. Os pacientes crônicos respiratórios não tenho uma maior ação de promoção da saúde. Os demais, doença cardiovascular, risco cardíaco elevado, esses ficam dentro dessas outras comorbidades, não tenho uma agenda, eles vêm conforme necessidade, e acaba na demanda espontânea. Como eles são um grupo mais complexo, acaba passando mais com a parte médica, mas eles sempre vêm na orientação. Com relação às questões dos cânceres, temos colaborado com os diagnósticos, e vistos os encaminhamentos iniciais, principalmente na prevenção do câncer de útero e de mama.*

### **IC: Trabalho por meio do atendimento coletivo**

**DSC:** *Outro momento que eu atuo é com o grupo de diabéticos insulino-dependentes, eles se reúnem junto com os residentes NASF, o próprio NASF e a equipe em geral. Eu faço um trabalho com eles, entrego as fitas, faço orientações, exame dos pés e há um cronograma de palestras e profissionais. De grupo, temos também o do tabagismo, onde os pacientes crônicos estão incluídos, principalmente os hipertensos, sendo que sou uma das responsáveis. No grupo de diabéticos sempre tem um tema diferente pra gente abordar, e a adesão está crescendo. Esse grupo é a equipe que toca, cada uma tem o seu, foi a melhor maneira, o atendimento funcionou bem, percebe-se que os pacientes estão bem integrados, têm vínculo, vimos a necessidade de modificar e passar a ser por área pra gente renovar as prescrições, fazer esse acompanhamento mais de perto. Esse grupo do diabético, geralmente quem coordena é a enfermeira, mas ela pede ajuda dos outros profissionais, a gente faz na comunidade. O foco maior é nos insulino-dependentes, mas têm os crônicos também, o hipertenso que*

*vem para tirar dúvidas. A gente pensa em chamar mais gente para está trocando ideias. Está mudando o perfil um pouco, porque ele era um grupo de diabéticos só, e tinha uma cultura, que vinha só os insulíndependentes, aí começamos a ampliar para que venham todos os diabéticos, é uma forma de promoção, dentro da doença. Temos o grupo que tenta levar as pessoas a focar mais em coisas boas, que vão melhorar a sua qualidade de vida, e não ficar focando na doença, no problema são para pessoas que precisam está dando a volta por cima em algum momento da sua vida. Ele é conduzido sempre por alguém da equipe, mas quem está bastante é a farmacêutica e a psicóloga. Outra atividade que é recente é a horta e as plantas medicinais, quando implantamos a horta a gente começou a trabalhar isso nos grupos, eles vão lá, podem pegar e levar para casa, a farmacêutica está nos dando apoio. A gente já promoveu algumas vezes da educadora física participar desses nossos grupos e fizemos de ir às academias públicas, ensinar as pessoas a como usar. Portanto, a gente faz em conjunto com o NASF os atendimentos de promoção, focando esses grupos. A atividade física em saúde é o grupo que é feito com a participação de um integrante da equipe. Agora iniciou o grupo de Yoga, que a residente faz, a de educação física do NASF. As queixas respiratórias não temos um grupo específico, abordamos nos grupos crônicos. Uma paciente fragilizada, convidamos para o grupo de psicologia ou para alguma programação. O Floripa Ativa é um grupo mais fechado, funciona no nosso conselho comunitário, é um público mais de idosos. Temos o grupo voltado para o resgate da essência da mulher, que é feito com a educadora física, fisioterapeuta e sempre com a enfermagem. O grupo dos hipertensos e diabéticos, a enfermeira tem alguns contatos e costuma trazer convidados. Temos o estágio da nutrição que colabora com a formação alimentar, através do grupo de alimentação saudável com a nutricionista, que é porta aberta. Também temos um grupo de cantoria, eles fazem atividades de canto em domicílio a pacientes com doenças crônicas, geralmente acamados, são moradores e profissionais da unidade. Pessoas com sofrimento psíquico é uma coisa que tem nos chamado muito a atenção. Temos o grupo de acolhimento com essas pessoas, que é conduzido por uma psicóloga, às vezes com a participação de psiquiatra, médicos, enfermeiros, farmacêuticos. Portanto, não temos nenhum grupo específico de tratamento preventivo para essas pessoas, temos outros grupos, como de saúde mental. O que acabo pegando de hipertensos e diabéticos é no grupo do tabagismo, porque eles são encaminhados por conta dessas*

*patologias. Assim, atividade de grupo definida, toda semana, uma vez por mês, não temos. O grupo não é sempre, não é rotineiro, vamos vendo a necessidade. Já se tentou várias técnicas de trabalhar com hipertenso e diabético, mas a população não quer palestra, quer consulta e também porque a gente não tem como fazer pelo espaço. A gente não tem um grupo da equipe, não conseguimos se organizar pra isso, porque é muita coisa. Em suma, a experiência nossa é que eles não são adeptos a grupo, então facilitamos o acesso, e a parte de grupos falta esse interesse cultural da população. O grupo de diabéticos começou a acontecer, mas eu preparava, e vinha uma pessoa, então cancelei. A nossa população é mais idosa, e eles não curtem muito essa questão de grupo, é uma característica daqui. Eu não trabalho mais com grupo, mas não que eu não acredite. Também não conseguimos permanecer com esse grupo porque tivemos um problema com relação à mudança do posto de saúde, tivemos que sair para reformar, e não retomamos ainda, mas existe uma ideia de se fazer isso.*

### **IC: Características do meu trabalho**

**DSC:** *Hoje em dia está faltando essa parte de promoção, a gente acaba sendo engolido pelo sistema, queremos mudar um pouco isso, porque trabalhamos no programa de saúde da família. E já iniciamos esse processo, através de uma abordagem integral do indivíduo, temos condições de conhecê-lo e de fazer toda a parte de saúde da família. Sempre estamos monitorando a questão da integralidade, dos fluxos de encaminhamentos. O pessoal está bem sintonizado, fazendo um trabalho multiprofissional, se referenciando para ter fortalecimento da equipe. Conseguimos oferecer pelo menos um acesso com uma escuta, apesar do excedente populacional e subdimensionamento de equipe. Nos grupos, o trabalho é junto, não é meu trabalho só, mas é junto com a equipe. Trabalhamos bastante com o NASF, com eles fazemos matriciamento, na mesma reunião eu consigo discutir o caso e direcionarmos as ações. Temos um acesso e um vínculo melhor com esse paciente, então conseguimos fazer o acompanhamento. Temos várias possibilidades de acesso ao serviço, e tentamos moldar de acordo com a realidade local, ajustar conforme disponibilidade. Os meios de acesso com essas pessoas são o acolhimento, todos os dias, o dia inteiro, foi a forma com que conseguimos ampliar mais o acesso. Com o protocolo de enfermagem, também estamos trabalhando mais próximo deles, então eles sempre mantêm um vínculo com o enfermeiro, o acesso é mais facilitado, e ele vem para essa parte de orientação.*

*Geralmente é feito um trabalho em parceria, do enfermeiro e do médico, acompanhando juntos. Também trabalhamos com vigilância dos marcadores, hipertensos e diabéticos é constante. Um grupo de doença não transmissível que estamos trabalhando, são as pessoas com sofrimento psíquico. Esta unidade já trabalha com acesso avançado, independentemente do grupo da pessoa, trabalhamos 100% portas abertas, as pessoas conversam com a gente pelo e-mail. Temos um controle de listas, onde se acompanha nas reuniões de área quais são os pacientes que precisam de maior vigilância. Dessa forma, temos esse monitoramento mais frequente, e com isso um vínculo, de não só de renovar a receita.*

## APÊNDICE E – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 2

### **IC: A organização da equipe no atendimento as pessoas com DCNT é satisfatória**

**DSC:** *Eu acho excelente, na verdade sou apaixonada pelo modelo que a gente trabalha, porque a gente se organiza em equipe, nas reuniões com os agentes de saúde, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e ali a gente discute o caso, se tem um caso a mais, a gente discute com o NASF. Então, é excelente, a forma de maneira geral dá conta do acesso a essas pessoas com doença crônica, eu acredito que é uma forma satisfatória, lógico que sempre a gente tem a tendência a querer melhorar. A gente já caminhou por vários espaços, várias experiências e essa que a gente está vivendo agora, é uma possibilidade interessante. Temos um atendimento facilitado na demanda espontânea, conseguimos atender bem, dá uma resposta pra ele e também fazer uma demanda programada satisfatória, sem sobrecarregar a agenda. O bom é que eles têm uma confiança muito grande no papel do enfermeiro, e a equipe consegue trabalhar muito interconsulta. A minha equipe, eu e a médica, a gente normalmente se entende bastante, ela não referencia muito pra mim, porque normalmente eu já fico com os pacientes que são meus, os compensados, e o acesso a ela normalmente sou eu que faço. É uma forma de a gente ter uma atenção integral, porque eu vejo alguns aspectos que o médico, por exemplo, passa batido. A minha consulta é muito demorada, porque eu acabo vendo mais como é que está cuidando, como é que está fazendo, acho que a gente desenvolveu isso na enfermagem. Por trabalharmos muito em equipe, eu creio que é bem melhor do que a forma que estava antes. Estamos pensando em uma reorganização da agenda, não vai interferir tanto na prática, porque, a gente vai pelo ritmo da população, sentimos quais eram as suas necessidades e fomos aplicando os modelos, até chegar ao que a gente observou que teve menos queixa, menos dificuldade de acesso, e é claro que a gente sempre tem que considerar a questão da carteira de serviço. Buscamos sempre melhorar em algumas coisas, esse processo de trabalho não é só em benefício, ao que eu acho que é melhor. Discutimos muito nas reuniões de planejamento, e hoje dá forma que está, é a que mais consegue ampliar o acesso, que de outra forma talvez não conseguisse. Por enquanto, eu acho que está dando certo, para esta comunidade, porque a população é relativamente adequada para as nossas áreas, talvez daqui um tempo a gente tenha que reavaliar. Dessa*

*forma, o acesso é bem tranquilo para os pacientes, eles não têm dificuldades nenhuma. Sempre buscamos trabalhar a questão de acesso, de organização do serviço de uma forma a atender à necessidade do usuário. Temos um trabalho bem atuante, conseguimos bons indicadores de saúde, de acesso, depois de muito tempo trabalhando com acesso avançado a gente percebeu que reduziu a ansiedade, então não tem fila aqui, o atendimento é sempre constante. Eu acho que dá um pouco de trabalho pra gente, mas em contrapartida é muito gratificante, porque além de está fazendo um vínculo bom, damos uma resposta bem rápida pra eles. Posso te dizer que pelo menos o resultado que a gente vê atende à expectativa, em vários pacientes a gente conseguiu compensar. O nosso tratamento, eu realmente acho que ele é legal, e atende sim a expectativa da maioria dos pacientes que a gente tem. Dessa forma, a equipe já vem bem organizada nos moldes da secretaria, temos bem um modelo de saúde da família. Estamos satisfeito, e pelo que a gente viu dos agentes, o reflexo delas que estão na área, é positivo, o pessoal não está reclamando. Portanto, a comunidade aceitou bem, está dando certo, as coisas se ajustaram.*

**IC: A organização da equipe no atendimento as pessoas com DCNT poderia melhorar**

*DSC: Eu acho que a gente faz é apagar um pouco o fogo, daquilo que acaba vindo complicado. Não é o objetivo da estratégia de saúde da família, eu acho que a gente deveria atuar mais no território para poder evitar isso. Hoje a nossa vivência é que a gente acaba atendendo tudo no acolhimento, e vemos a necessidade do momento, também estamos em um ambiente com uma estrutura física bem reduzida, então isso emperra um pouco. Dessa forma, fica um atendimento muito fragmentado, não dá pra conhecer aquele paciente integralmente, fica só naquelas soluções pontuais. A princípio não conseguimos modificar essa realidade, porque é muita gente pra nossa equipe, precisaria dá gestão vê essa realidade e de repente colocar outra equipe, aí a gente consegue trabalhar melhor. Além disso, o serviço de saúde, pela falta de muitos profissionais, agente comunitário, médicos, enfermeiro e pela questão da demanda espontânea, que pode chegar a qualquer momento, fica um pouco difícil fazer grupos e focar nas doenças crônica não transmissível. Eu acho que a prevenção está um pouquinho falha, porque é uma demanda muito grande; a gente não consegue muitas vezes dá continuidade, não fica nada específico, fica muito aberto. Gostaria de ter uma maneira melhor, um controle melhor,*

*pra que eu vá atrás do paciente e não necessariamente que eles venham. Sabe, eu acho que falhei, não sei se é por causa da demanda, que é muito grande dessa população e fica muito reprimida. Mesmo por causa da crise, a gente está se organizando, mas poderia ser melhor. Ter atividades que fomentassem mais essa questão do autocuidado, da aderência deles, porque acaba que tem esse grupo todo da asma, dos hipertensos e a gente só fica com um grupo, o dos diabéticos. Ainda falta espaço pra educação em saúde, o ideal seria termos os grupos, pra trazer mais oportunidades. Na consulta às vezes a pessoa não consegue absorver tudo o que tu trás, o ideal seria mais atividades educativas em grupo.*



## APÊNDICE F – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 3

**IC: As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas em um novo jeito de ver a saúde**

**DSC:** *Eu considero um misto, é tratamento e também promoção. Um idoso que está na sua casa, eu posso chegar e só vê a medicação que ele está tomando, se está fazendo mudança de decúbito, e se ele está tomando bastante líquido, eu posso só vê isso. Mas, eu posso também, trazer uma pessoa que ele vai se alegrar, que ele vai se emocionar, eu acho que isso é uma forma de promoção, ele vai se sentir mais motivado a viver. A horta é uma forma de promover saúde, porque a gente pode até estar falando da alimentação, mas é uma forma bem prática da gente está oferecendo para eles uma alternativa, e deles até fazerem uso em casa. Muitas coisas a gente detecta na promoção para não chegar lá na última fase, a da reabilitação. Fazemos um trabalho de promoção junto com as equipes, a parte da escola, por causa do PSE. A promoção que eu penso é a questão do vínculo, temos que está monitorando, porque senão ele adocece. A gente não deixa de acompanhar, é reponsabilidade, a gente consegue essa interação com o paciente crônico, qualquer atividade que eu faça é de promoção, uma consulta individual é promoção. A partir do momento que eu estou fazendo uma escuta ativa, eu estou fazendo promoção. A gente tenta sair do foco da doença, não trabalhamos com cuidado inverso, eu quero promover saúde, em todo o momento, seja em sala de espera, em consulta individual ou atendimento coletivo. Você faz o atendimento individual, que você escuta o paciente e associa a sua prática a realidade dele, o que ele pode fazer pra melhorar a sua situação de saúde, a partir da sua realidade, eu vou desenhar uma possibilidade de melhoria nas condições de saúde, na sua qualidade de saúde. Acho que a melhor forma de promover saúde é você ter empatia e se colocar na condição do paciente, e vê qual realmente é a necessidade dele, e a realidade em que ele está inserido, assim você consegue promover. Além disso, temos um trabalho bem bacana com a assistência social, ela dá um apoio para tentar vê esses doentes crônicos, às vezes eles não têm assistência da família, a gente acaba tendo o apoio da assistência social.*

**IC: As práticas são de promoção da saúde, e estão baseadas na educação em saúde**

**DSC:** *A promoção é quando a gente fomenta que eles busquem alguma alternativa para o cuidado deles, quando se orienta a fazer uma atividade física, a procurar alguma coisa para o lazer ou para se ocupar, as práticas de promoção que eu vejo, são quando eu estimulo e oriento essas questões. Dá enfermagem fica esse alerta, para que se mobilizem para a mudança no estilo de vida, nos hábitos. Minha ação de promoção é fazer orientação nesse enfoque de mudança do estilo de vida, que está ao mesmo tempo na prevenção de algumas coisas para que não complique, mas de certo modo não deixa de ser promoção, tudo faz parte, toda conversa com o usuário, já é pra mim, uma atividade de promoção. Tudo que eu fale e que ele entenda que tenha que fazer pra melhorar a sua saúde e que não saiba, ou que precise que dê uma orientação maior. Na verdade, quase tudo que não é promoção, é prevenção, é o básico do atendimento do enfermeiro, e deveria ser dos outros profissionais também, tudo que tu conversa com o paciente e orienta, acaba visando uma promoção da saúde dele. Dessa forma, a partir do momento que estás orientando como é a melhor maneira possível de estar realizando o cuidado consigo, estás promovendo a saúde. Promoção é incentivar a atividade física, a alimentação saudável, cuidados com a higiene, todas essas questões gerais de estilo de vida, a abordagem é sempre quando o paciente está no teu consultório, você faz toda aquela orientação de incentivo aos hábitos saudáveis que vão melhorar a qualidade de vida dos pacientes já debilitados, ou prevenir problemas que ainda não existem. Entretanto, a gente aborda, nada direcionado, você acaba usando a situação para tentar fazer a promoção, mas não é uma consulta, um atendimento específico para promover, mas consegue, existe aqueles casos agendados que você consegue fazer uma consulta mais legal. Quando chega um paciente aqui e eu vejo que, por exemplo, esse paciente não tem nenhuma lesão e eu passo algumas orientações para ele, sim, eu penso que é promoção e prevenção. No momento que você orienta uma família a fazer o acompanhamento daquela pessoa que está com uma doença crônica, você está promovendo saúde, conversamos sobre a doença em si, sobre os riscos de não fazer o tratamento adequadamente, acho que é bem eficiente, a questão da gente poder trabalhar não só o doente, mas a família. Como enfermeira, nossa prática é muito mais em promoção e prevenção do que do médico, por exemplo, orientamos muito, alimentação, atividade física, cuidados com os pés, mudança de*

*hábitos, é o nosso foco. O protocolo de saúde do adulto trouxe isso mais, porque o paciente nessa linha de cuidado, não procurava a gente, ficava muito de lado, embora o protocolo traga a questão da prescrição, nossa ação maior é na promoção e na prevenção, de orientação e tudo o mais. Não podemos perder o nosso foco, eu gosto da saúde pública, porque eu gosto da prevenção, eu gosto de conversar com o paciente, eu gosto de orientar; a nossa prática é baseada na promoção e na prevenção, não sou voltada ao tratamento, sempre penso mais na promoção, porque assim, eu me formei. Além disso, no grupo, conseguimos bastante avanço, eu noto empiricamente, a não internação dessas pessoas, o próprio falecimento dessas pessoas em decorrência de alguma complicação, eu não tenho ninguém amputado, então conseguimos trabalhar essa questão da promoção, principalmente via grupo. Assim sendo, tendo esse olhar, eu acho que melhora muito a qualidade de vida dele.*

#### **IC: As práticas não são de promoção da saúde**

**DSC:** *Eu acredito que a promoção da saúde é para melhorar a saúde, só que a gente fica focando muito na cura daquela pressão que está alterada, daquela glicemia que está acima, a gente não foca muito na promoção ou na prevenção. Aliás, o paciente geralmente já aparece com o problema instalado, e o pessoal aqui na nossa comunidade não tem o hábito de se prevenir. Ainda, estamos longe do ideal de promoção, até mesmo porque a gente sente que, às vezes, as pessoas não se emancipam como a gente gostaria que elas fizessem, falta corresponsabilidade. A gente tem tentado estimular mais essa questão, mas eu acho que a gente está um pouquinho aquém do modelo que seria ideal, eu acho que a gente tem que avançar um pouquinho. Acho que ainda tem que amadurecer mais, precisa mudar a educação, está além, a gente tem que trabalhar mais, trabalhar já com as crianças.*



## APÊNDICE G – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 4

### **IC: Conceito de promoção da saúde a partir de uma visão mais moderna**

**DSC:** *Eu acho que promoção da saúde é ele, dentro do diagnóstico, viver da melhor maneira possível, compreendendo o processo saúde/doença. A promoção da saúde passa pelo usuário, eu dou umas dicas, ele que vai seguir, se ele tiver consciência das coisas, a promoção da saúde é empoderar o paciente da informação que ele deve ter, dentro do diagnóstico dele, e ele decidir a qualidade de vida que ele quer. Também entendo que é poder oportunizar um empoderamento da pessoa, fazer com que ela tenha o máximo de informações possíveis e relevantes pra que ela possa se cuidar, incentivar o autocuidado enfim, que ela tenha qualidade de vida dentro daquilo que a doença não tem cura. Assim, está mais ligado com a educação, na parte de empoderamento, se eles não se empoderarem, que eles têm que melhorar a saúde, se acharem que é só entrega de fita, só entrega de medicamentos, só orientação, nunca vai mudar o quadro. Dessa forma, a promoção seria estimular a pessoa a aprender, a cuidar de si mesma, fazendo cada vez mais ter o autocuidado de ficar independente. Ou seja, é tu fazer o possível pra que ele não adoça, mas sem assistencialismo, é fazer com que outro ande com os seus pés. É promover ao usuário uma assistência de qualidade, ao mesmo tempo em que entenda que a promoção da saúde acontece quando ele quer, eu não tenho como promover nada se ele não estiver motivado para, então não existe motivação externa. Promoção a partir da autonomia dele, do desejo dele, a partir do que ele acredita, é melhorar dentro do que ele tem de possibilidades, do que ele tem de capacidade de fazer para que a vida dele melhore. Logo, envolve ter hábitos saudáveis, de ser responsável pela sua saúde, de ter um entendimento do que você tem que fazer, de que forma tem que interagir com o ambiente, com o trabalho, com os vários fatores. É toda aquela história de comer bem, dormir bem, ter lazer, manejar o estresse é você tentar se fortalecer em alguma coisa, ter acesso a lazer, à educação, a saneamento básico, à saúde, a todos esses aspectos. Isso tudo vai refletir na nossa saúde e na promoção da saúde, porque ela está voltada para algo mais amplo. Portanto, a promoção da saúde é toda atitude que tu tiveres que vai refletir no cuidado daquela pessoa consigo mesma, são atitudes ou alguma atividade, que tu realiza para está estimulando o autocuidado.*

**IC: Conceito de promoção da saúde a partir de uma visão mais reducionista**

**DSC:** *Pra mim promoção é se prevenir pra que determinado problema não apareça, por exemplo, doença cardíaca ou hipertensão. É alguma coisa que eu estou fazendo para que eu tenha uma saúde melhor, que eu também acho que acaba se confundindo um pouco com a prevenção. Eu penso que agora eu vou ter uma alimentação melhor, eu vou praticar atividade física, eu estou promovendo a minha saúde, mas também estou prevenindo uma complicação lá na frente. Promoção seriam as ações e atividades que vêm a contemplar ou melhorar a saúde do cliente. Tem a parte da prevenção, da promoção e da reabilitação, tudo é promoção, porque a prevenção seria quando não tivesse a doença instalada. Eu acredito que é melhorar a qualidade de vida, uma melhora da situação de vida do paciente, promovendo o que tem de saudável ou resgatando o que ainda dá para resgatar. É melhorar a qualidade de vida, não só correr atrás do prejuízo, não só tentar tratar a doença, para mim a palavra já diz, promover a saúde que ela ainda pode ter, o que ela já tem. Eu não estou querendo curar nada, eu estou querendo, dentro das limitações do paciente, e das doenças que ele tem, proporcionar uma vida mais confortável possível, a palavra já diz, é promover o bem-estar geral do paciente, e o nosso cuidado é pautado nisso, ações que visam não só a prevenção de agravos, de doenças, mas a melhora da qualidade de vida do paciente, quando os agravos já estão instalados. É promover, melhorar, participar, contribuir com a saúde. De ser responsável, de achar formas, meios para melhorar ou para pelo menos manter, é orientar a melhorar a qualidade de vida dentro daquele diagnóstico que ele tem, vê a alimentação, a atividade física, como que está tomando os remédios, a parte emocional, familiar tudo isso que interfere no dia a dia. A promoção não é para curar aquela doença, o nome já diz, é crônico, mas para ele ter uma qualidade melhor de vida. É sair de um estado de doença para um estado de compensação, e mais próximo ao saudável manter esse estado de saúde. Quando você já é saudável, não tem nenhuma dessas doenças, mas quer continuar bem, então manter o peso, os hábitos alimentares. A promoção da saúde seria proporcionar para o usuário que ele tenha um estilo de vida em que a doença não fosse prejudicar ele, que ele continuasse trabalhando, indo para igreja, fazendo as coisas normalmente. Promover saúde é justamente você saber o que você está falando, para quem você está falando, que realidade você está falando e o que você pretende com aquilo, não é simplesmente jogar o sermão,*

*você sempre tem que estar avaliando o que você está promovendo. Promover saúde é resolver, aumentar a nossa resolutividade. Qualquer informação, qualquer dúvida tirada, qualquer bem-estar que proporcionado, algo que vá levar a saúde, que vai impedir uma doença, é algo que possa falar ou fazer que vai fazer com que a outra pessoa melhore essa visão que ela tenha de saúde, que não é apenas ausência de doença, é um conjunto de coisas. Acho que é qualquer benefício que possa trazer para pessoa, tanto psicologicamente, como fisicamente.*



## APÊNDICE H – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 5

### IC: Desenvolvimento de práticas intersetorial

**DSC:** *O conselho local é muito atuante e temos os centros comunitários com bastante acesso, com grupos, atividades, atividade física, Yoga, capoeira, zumba. Toda a programação é sempre passada, se a gente precisar do espaço para alguma coisa eles também nos fornecem. No PSE a gente acaba trabalhando a parte mais de nutrição, atividade física. O conselho de saúde ajuda se precisamos de algum equipamento, material, de uma coisa, eles conseguem, estamos mandando algumas coisas, isso é promoção da saúde, não é só aquela coisa limitada à unidade, é está preocupada com a questão ambiental, com as crianças que não têm uma área de lazer. Também tivemos parceria para algumas atividades de prevenção, e de certo modo promoção, junto ao conselho local. Atividades de prevenção sobre o câncer de colo do útero, específico na doença crônica, eles trabalham a divulgação dos serviços na comunidade. No PSE, a escola está solicitando pra gente uma atividade que agora eu estou planejando fazer. No conselho, agora tem uma associação de moradores que começou a participar da reunião, já conseguiram articular, ajudar algumas pessoas da comunidade. O conselho está sendo mais fortalecido, eles estão ajudando pessoas específicas e também os nossos planos aqui. O centro comunitário oferece zumba, alguma coisa a gente indica, por exemplo, um grupo que era daqui do posto, mas que era realizado no centro comunitário. A parceria maior é com o conselho comunitário, vamos à colônia de pescadores, bater um papo com eles, se tiver alguma demanda a gente vai ter outro dia na unidade. O conselho local de saúde é bom, forte, o pessoal é engajado, entrosados, tem uma parceria grande, eles apoiam bastante. A gente tem creche, perguntamos para a escola e para os alunos o que eles querem, qual o assunto, e teve um ano que eles trabalharam a promoção da saúde, da atividade física. No centro comunitário tem algumas atividades para idosos, que ajuda na promoção da saúde, encontro, atividades de bingo, alongamento, às vezes cedem uma sala, para gente fazer alguma atividade. Outros setores, só na escola e creche, no PSE a gente acaba trabalhando com eles, tem um trabalho bem legal de parceria, é feito a avaliação antropométrica, tem o grupo de escuta. Temos uma enfermeira que é responsável por isso. Acho que isso é importante, que sai do meio saúde e entra no meio educação, nas atividades na creche,*

*são pontuais, não existe aqui dia, por exemplo, mensalmente uma atividade que vá se desenvolver, mas existem parcerias, convites, são situações que aparecem e a gente vai ajustando as nossas agendas e vamos fazendo. Com outros setores a gente tem algumas parcerias, por exemplo, o grupo de YOGA é feito no salão paroquial da igreja, então a gente estreita os laços. Um caso isolado foi uma ação em conjunto com o CRAS, com os beneficiários do bolsa família. Somos chamados para algumas ações em um supermercado do bairro, eles têm a comissão da CIPA, e nos chamam frequentemente, fazemos palestra sobre prevenção do câncer de colo do útero, no supermercado é bem cíclico. Temos duas voluntárias que trabalham, uma com arteterapia e a outra com dança circular, é um espaço que ofertamos algo a mais para eles fazerem. O grupo de idosos de igrejas, a gente procura ir trabalhar, eles fazem atividades de promoção à saúde e a gente estimula que eles participem desses programas. Na escola sentamos junto e fazemos a programação do que estão precisando. Conselho local de saúde a gente tem uma parceria ótima, eles têm um jornalzinho que se colocam quais os grupos que a gente está oferecendo, e deixa aqui, distribui na feira ou deixa no supermercado para eles pegarem, enfim tem essa parceria.*

### **IC: Não desenvolvimento de práticas intersetorial**

**DSC:** *Eu não tenho conhecimento e eu não faço nenhuma atividade fora da unidade. Primeiro porque a gente não tem tempo, a demanda é muito grande, não dá de planejar um cuidado melhor. Poderíamos promover alguma atividade intersetorial para vê a questão do lixo, que tem muito, ou para se envolver com essa questão da violência, nesse aspecto poderia estar promovendo alguma coisa de saúde, mas não é feito saneamento básico, também não, lazer. Temos o conselho, a atuação é fraca, a aderência é muito baixa, não tem muita força, nem muita representatividade. A única ação de promoção que a gente tem é a parte da odontologia, na creche. Até conseguimos um espaço para desenvolver algumas ações, mas não assim como parceria. A gente tem mais feito organizações internas nossas com o apoio do NASF, que na verdade é da instituição, mas apoio intersetorial, não. Nós temos conselho local, só que ultimamente a gente não tem tocado muitas pautas, o que temos feito, bastante, é com o pessoal da residência, mas contempla a saúde, fora da saúde para esse tipo de paciente, diabéticos, hipertensos, não é feito. A gente faz sim promoção da saúde na creche, mas em outro segmento. Temos o conselho local, mas aproveitar o espaço para promoção da saúde, não. Temos uma*

*parceria com um projeto que trabalha com as escolas, mas não é doença crônica. A gente tem o PSE, que está fazendo algumas palestras, reuniões, mas o que a gente abordou esse ano foi mais sexualidade, doença crônica não abordou. A gente não tem aquela vinculação instituída, só fazemos os convites para onde eles podem ir para ter uma melhor qualidade de vida, sair dessa de só frequentar a unidade de saúde, então a gente só pontua. A gente tem parceria com a comunidade, mas para outras situações, por exemplo, prevenção de verminose, de baixo peso, mas de DCNT, não. Portanto, aqui é muito difícil, na comunidade. Eu já tentei montar o conselho local de saúde não consegui, tem o centro comunitário que não é ativo, não tem parceria com o posto, por mais que a gente já tenha tentado. Tem as escolas, a creche que se faz atividades educativas, mas não seria diretamente nesses grupos de crônicos. É bem complicado, claro que se quiser usar um espaço eles fornecem, mas são coisas pontuais, não tem assim uma interligação muito forte.*



## APÊNDICE I – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A PARTIR DAS IDEIAS CENTRAIS DA PERGUNTA 6

### **IC: Incentivar práticas de promoção da saúde que busquem um novo jeito de ver a saúde**

**DSC:** *Eu acho que a gente poderia retomar alguma coisa mais pontual, voltado para hipertensão e diabetes. Hoje temos o nosso grupo de alimentação saudável, mas poderíamos ampliar um pouco essa questão do acesso, para essas pessoas com diabetes, algumas atividades com relação à avaliação de pé diabético. A atenção primária tem essa coisa de você vincular, você enxerga a longitudinalidade, e isso é importante para a promoção da saúde esse vínculo, essa confiança que o paciente tem na gente. Além disso, às vezes, a gente tem uma demanda muito grande, porque o controle da saúde está na mão do paciente, dele nos procurar e não em nós de agendarmos com eles, aos poucos teríamos que está tendo maior controle sobre o atendimento dele e não ele procurar quando ele acha que precise. Hoje a gente vê que tem uns que estão aqui toda semana, e outros que eram pra estar aqui e não estão, e como o agendamento é centrado na procura pelo usuário e não no nosso gerenciamento, acaba podendo ter alguns casos que passe. Como eu digo, fica mais do que o protocolo esperado para o atendimento, e acaba vindo quando a patologia está complicando ou só vem quando está em um estado mais avançado. Por isso, eu acho que vale muito da equipe ir atrás desses pacientes também. Eu posso melhorar isso, me organizar melhor na minha área, vê quem são realmente esses meus pacientes e de alguma maneira está fazendo busca ativa, realizar mais grupo de educação em saúde, de repente na própria comunidade. Na verdade, eu vejo que a prefeitura incentiva, tem os protocolos, tem o apoio, mas o que eu, se for pensar, o porquê as coisas não são efetivas, não só aqui na minha equipe, mas no Brasil como um todo é porque não é cultural do brasileiro se cuidar, deixa para vim quando a coisa já está instalada. É uma coisa mais cultural mesmo, que teria que ser desde o começo, da própria família ou da escola, de fomentar isso. Se a gente pudesse começar a fomentar isso, para no futuro poder fazer mais práticas nas escolas, para promover essa questão, de envolver as famílias, porque às vezes a gente faz atividades na escola, mas não chama os pais, não tem esse envolvimento, mas acho que era isso.*

**IC: Incentivar práticas de promoção da saúde, mas sem uma ideia formada sobre como desenvolver essa ação**

**DSC:** *Precisar sempre precisa, eu acho que tem que parar, pensar e fazer, tem que ter ideias, mas agora de que forma eu ainda não sei. Temos uma dificuldade bem grande, mas ainda não achei uma solução, tentamos abordar nas consultas, promover saúde, mas a gente sabe que não está bom. Abordamos com eles, tanto médicos quanto enfermeiros, sempre são pontuais, tomar o medicamento correto, fazer dieta, fazer exercício, mas é bem difícil. O que temos de hipertenso e diabético descompensado é gigante, uma facilidade é que a comunidade é pequena, todo mundo tem acesso, é fácil, os profissionais estão sempre disponíveis, todos os pacientes são acolhidos por todos os funcionários. É difícil pensar, quando falo em promoção, eu penso em grupos, mas a adesão é muito baixa, é difícil eles aderirem, então eu não consigo pensar numa maneira que eles venham para a unidade sem está com uma queixa. Enfim, eu não consigo pensar em alguma coisa que atraia esse público, que eles possam vim, talvez parceria com igrejas, com associações. O que a gente acaba aproveitando é a demanda e fazendo, mas deve ser bom, é óbvio que precisa, mas eu não consigo vê como a gente faria. Eu não consigo vê muito mais do que a gente possa fazer agora, não me ocorre, acho que a nossa população está muito de buscar quando dói alguma coisa, as pessoas até têm boa vontade, mas às vezes o número de profissional, o atendimento que a gente tem, o NASF vem com outras especialidades e consegue ajudar a gente, mas enquanto equipe de saúde, também precisamos fazer a nossa parte, mas é sempre complicado, é muita gente, pouco horário, temos que repensar, vê alguma outra estratégia. Eu acho que tem que se pensar, porque se não a gente passa o resto da vida assim, não vai mudar, mas não é fácil, não tem uma fórmula.*

**IC: Incentivar práticas de promoção da saúde por meio de melhores condições dos recursos humanos e/ou recursos materiais**

**DSC:** *Uma unidade com espaço, precisamos de espaço físico pra fazer isso, óbvio que a gente pode ir a território, fazer as visitas ou fazer algum trabalho em alguma instituição, mas eu acho primordial a gente ter espaço pra atender. O que eu percebo é que o posto de saúde, por ser uma unidade que não tem espaço físico, e nem salas suficientes para todos os profissionais que estão aqui, falta a gente trabalhar mais promoção da saúde. Além disso, se a gente tivesse uma área de auditório, ficaria mais fácil pra gente fazer mais trabalhos em grupo, a*

*nossa estrutura física é limitadora, a gente tem que ficar usando outros espaços e outros locais cederem os espaços. Isso poderia ser ampliado, mas precisaria mexer na estrutura física, que é uma estrutura bem pequena. Outro ponto é está com a equipe completa de ACS, pra fazer um monitoramento, no qual estaria fazendo através deles, em casa, se estão indo na consulta via particular ou SUS, deu o tempo da consulta, não apareceu, de ir buscar em casa. Mas, isso é uma utopia bem longe, e bem difícil, pela falta de ACS e outros profissionais, rotatividade, e tudo, então, fica mais complicado. Também, poderíamos fazer mais se o nosso médico colaborasse, e a gente queria muito um educador físico. Ele tem um papel muito importante na questão de motivação dessas pessoas à prática de atividade física, a enxergar a saúde como um conceito maior e mais amplo do que a ausência de doenças. Outra coisa que poderia está afetando, essa falta de ter os grupos, ou de ter mais ações que a gente possa planejar intersetorialmente, é que a demanda é muito maior que a capacidade de atendimento, porque não tem equipe de saúde da família proporcional, ou elas não estão completas, ou o número não é suficiente mesmo. Por isso, em primeiro lugar precisa redistribuir, distribuir melhor a população, de repente criar mais equipes, assim a gente vai conseguir planejar melhor, porque não é por falta de vontade nossa, é que a gente não tem muita condição para isso, não tem tempo mesmo e ficamos mais no curativo mesmo. Por fim, acho que precisa motivar mais os profissionais, motivação às vezes é dinheiro no bolso, essa incerteza que a gente vive, falta de material, inconstância, rotatividade de profissional, não presença da gestão aqui. Então eu acho que falta motivação, dinheiro no bolso sim, acho que falta incentivo da gestão, para garantir que a gente faça um trabalho com maior qualidade pra nossa população.*

**IC: Incentivar práticas de promoção da saúde que busquem a educação em saúde**

**DSC:** *Eu acho que a gente deveria, acreditar mais em grupo, pois é efetivo porque é autoajuda. Se tu faz uma reunião e fica dando aulinha não entra, mas quando um corrige o outro, vale muito mais, do que a gente chamando a atenção. Eu acho que grupos era uma coisa que deveria voltar, com ênfase, onde tem condições. A gente vê o grupo de fumantes, como é efetivo em grupo, como o tratamento individual não é efetivo. Então, é a mesma coisa que eu penso para as doenças crônicas, elas são doenças de longo prazo, sem perspectiva de cura, então o ideal seria a gente ter grupos de apoio. Entretanto, planejado*

*no momento, de doença crônica, não temos, a gente já conversou sobre isso, queríamos fazer um grupo mais amplo, de temas variados, queríamos montar uma estrutura que fosse de confraternização, de prevenção, mas não é a prioridade neste momento. Logo, a gente vai ter que começar a pensar em criar grupos, e como tem o NASF, dá para criar grupo de nutrição, de diabéticos e hipertensos. Eu acho que em vez de ficar atendendo individualmente, a gente já poderia ajudar ele no coletivo, esse trabalho, para a promoção da saúde está faltando, não que eles não tenham, mas eles têm individual, essa parte está faltando, a gente trazer para eles fixo. Eu acho que vai ser bem gratificante, vai ser além de todas as possibilidades que a gente está dando para ele, vai ser mais uma, eu acho muito bom e isso vai ajudar bastante. Dessa forma, poderíamos ter mais oportunidades, abrir mais campo. Claro, que têm alguns pacientes que têm que ser atendidos individualmente, mas a porta de entrada pelo grupo, é tudo de bom, pela troca de experiência. De repente se a gente conseguisse fazer também alguma caminhada com eles, eu seria bom, mas como eu te falo, falta tempo pra gente fazer tudo que a gente queria. Por isso, eu acho que seria uma coisa de orientação para aqueles que já têm o diagnóstico, e os que não têm ainda, eu acho que a gente precisa de uma ajuda maior, multidisciplinar, que seria a parte mais preventiva, de caminhada, grupo de alimentação que a gente não tem. Portanto, temos vontade de ser mais resolutivo com esses pacientes, entendemos que o atendimento em grupo facilitaria, tanto o acesso deles, como a resolutividade da gente, mas ainda não conseguimos organizar, acaba ficando muito nas consultas. Gostaríamos de fazer um grupo mais efetivo, onde pudesse a pessoa já sair daqui com sei lá, exames solicitados, ou com a sua receita renovada, ou com alguma dica de saúde já feita, a gente não conseguiu ainda se organizar efetivamente pra isso.*

Apenas um discurso apresentou uma ideia central isolada, não sendo possível enquadrá-la no contexto das outras ideias centrais. A seguir destacamos a sua essência.

*“Eu acho que sim, não só aqui no nosso local de trabalho, eu acho que mais como políticas estaduais ou federais, para que a gente tenha mais áreas protegidas, para que se consiga fazer um exercício legal, para que se tenha um espaço pra trocar informação. Para que exista uma política dessa, porque a gente fala, a saúde faz uma coisa, a educação faz outra, então às vezes tudo numa vez só, eu acho que falta*

*mais uma política mesmo. Se isso estivesse vigente, com espaço, mão de obra e capacidade técnica, a gente teria pra fazer. Eu acho que falta mais política, de investir naquilo dali, a gente às vezes se dá conta dessas coisas só depois que a gente vira adulto, durante a nossa formação escolar, ou mesmo durante a nossa graduação, a gente não se percebe como, eu sou responsável pela minha saúde. Esses dias até eu escutei uma fala, acho que foi do Drauzio Varella, dizendo que ele fica um pouco contrariado quando ele vê que saúde é direito de todos e dever do estado, não, saúde é direito de todos e dever de todos, porque muito das pessoas que chegam ali, já toda cheia de coisa, e falam ó a culpa é tua, você tem que me salvar, eu acho que é mais política.”*  
Entrevista 18.



## **ANEXOS**



## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52861616.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.487.581

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa de Renata Machado Becker sob orientação de Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann, do programa de pós-graduação em Enfermagem. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa desenvolvida através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O local do estudo será composto por vinte e cinco centros de saúde de Florianópolis, distribuídos entre todos os distritos sanitários, de modo a manter a paridade de cinco centros de saúde por distrito, para a escolha dos mesmos será realizado um sorteio. Os participantes serão os enfermeiros e contabilizarão vinte e cinco no total, sendo um por centro de saúde participante.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender como os enfermeiros da atenção primária de Florianópolis desenvolvem as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os pesquisadores relatam que os riscos do estudo consistem em possível constrangimento durante a realização das entrevistas. Ressalva-se que cada participante terá a liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de querer desistir a qualquer momento, não sofrendo

<b>Endereço:</b> Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401		
<b>Bairro:</b> Trindade	<b>CEP:</b> 88.040-400	
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> FLORIANOPOLIS	
<b>Telefone:</b> (48)3721-5094	<b>E-mail:</b> cep.propesq@contato.ufsc.br	

Continuação do Parecer: 1.487.581

prejuízo e discriminação.

**Benefícios:**

Os benefícios incidem em identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelo enfermeiro no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. Estes dados analisados, podem servir de base para futuras intervenções de promoção da saúde e prevenção das DCNT da população em geral, garantindo melhor qualidade de vida e conseqüentemente da assistência prestada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto amplo, bem escrito, com metodologia consoante com objetivo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo coordenador do programa de pós-graduação ao qual o pesquisador responsável está vinculado.

- Declaração do responsável legal pela instituição onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12.
- Cronograma ajustado adequadamente.
- Orçamento, informando que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores.
- Roteiro da entrevista a ser feita com os participantes.
- TCLE para os participantes, em linguagem clara e adequada cumprindo todas as exigências da Resol 466/2012 do CNS.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os pesquisadores responderam a todas as solicitações de pendências

Pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_654558.pdf	18/03/2016 19:37:22		Aceito
Outros	RespostasAsPendencias.doc	18/03/2016 19:36:35	Ivonete Teresinha Schüller Buss	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesa@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.487.581

Outros	RespostasAsPendencias.doc	18/03/2016 19:36:35	Heidemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERespostaCEP.docx	18/03/2016 19:35:50	Ivone Te Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRenataRespostaaoCEP.doc	18/03/2016 19:35:28	Ivone Te Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	28/01/2016 19:06:15	Ivone Te Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_PMF.pdf	21/01/2016 11:46:09	Ivone Te Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Abril de 2016

Assinado por:

Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br