UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem Programa de Pós Graduação em Enfermagem



Dissertação

Usuários de Saúde Mental e suas Trajetórias Terapêuticas na Rede de Atenção à Saúde, frente à Hipertensão e/ou Diabetes *mellitus*.

Silvia Alves de Souza

Silvia Alves de Souza

Usuários de Saúde Mental e suas Trajetórias Terapêuticas na Rede de Atenção à Saúde, frente à Hipertensão e/ou Diabetes *mellitus*.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Coletiva, Processo do Trabalho, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na Publicação

S719u Souza, Silvia Alves de

Usuários de saúde mental e suas trajetórias terapêuticas na rede de atenção à saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes mellitus / Silvia Alves de Souza ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora. — Pelotas, 2015.

122 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde mental. 2. Hipertensão. 3. Diabetes mellitus. 4. Atenção primária à saúde. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Título.

CDD: 610.73

Silvia Alves de Souza

Usuários de Saúde Mental e suas Trajetórias Terapêuticas na Rede de Atenção à Saúde, frente à Hipertensão e/ou Diabetes *mellitus*.

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa:
Banca examinadora:
Prof ^a Dr ^a Valéria Cristina Christello Coimbra (Orientadora) Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Prof ^a Dr ^a Adriana Roese Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Prof ^a Dr ^a Vanda Maria da Rosa Jardim Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina
Prof ^a Dr ^a Michele Mandagará de Oliveira Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Prof ^a Dr ^a Luciane Prado Kantorski Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



Agradecimentos

Agradeço a Deus por permitir a conclusão deste trabalho, por me amparar nos momentos difíceis e favorecer encontros com pessoas especiais que dispunham das palavras certas para acalentar meu coração.

À mãe, Marizete, companheira de todos os momentos. Não mediu esforços para a completude deste momento, tampouco, as palavras de incentivo e o afago dos abraços, tão importantes nesta caminhada. Sou grata por tudo. Mãe, eu te amo! Ao pai, Paulo, pelos ensinamentos possíveis, minha eterna saudade.

Ao marido, Mauricio, com seu apoio ímpar nos momentos em que eu fraquejava, pela amizade, paciência, alegria, compreensão das ausências e amor. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

À orientadora, Prof^a Dr^a Valéria Coimbra, pelo carinho e dedicação que sempre fizeram parte de nossa relação desde a graduação. Obrigada pelos conselhos, pela amizade, por dividir comigo teus conhecimentos e experiência. Agradeço a confiança na construção deste trabalho e de outras atividades desenvolvidas durante o mestrado. Minha eterna gratidão e admiração.

Aos membros que compõem a banca, Prof^a Dr^a Adriana Roese, Prof^a Dr^a Vanda Jardim, Prof^a Dr^a Michele Mandagará e Prof^a Dr^a Luciane Kantorski, agradeço por aceitarem o convite, pelas contribuições durante a qualificação e defesa. Obrigada por terem deixando um importante aprendizado em minha trajetória acadêmica frente à Saúde Coletiva e Saúde Mental, vocês são minha fonte de inspiração.

Aos tios, Gilberto, Patrícia, Norberto, Maria, Pedro, a sogra, Jailda, e a vó, Neli, pelo carinho, apoio incondicional e palavras sábias nos momentos oportunos.

Ao amigo, Guilherme Tejada, e às amigas, Quelin de Vargas e Michelle Pires, mesmo na distância, vocês se fazem presentes. Obrigada pelas palavras de incentivo, pelas importantes discussões e reflexões.

Ao grupo do "Barro Duro", colegas de graduação, mesmo trilhando outros caminhos, foram companheiros de medos, angústias, risos e experiências adquiridas até aqui. Obrigada pela parceria de sempre! À Debora Amaral, pela parceria de longa data que perdurou nos trilhos do mestrado.

Aos amigos "admiráveis", vocês permitiram que alguns momentos se tornassem mais leves. Obrigada pelo apoio e incentivo. À colega, Tânia Vasques, obrigada pelo estímulo e carinho.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva, agradeço pelos encontros, pelos ensinamentos, pela possibilidade de também contribuir. Vocês também foram importantes em meu caminho.

Aos usuários de saúde mental, principalmente, os participantes desta pesquisa. Agradeço por dividirem suas histórias, levarei comigo o aprendizado de nossos encontros.

Aos profissionais do CAPS Fragata, pela acolhida, paciência e ensinamentos durante o estágio de docência orientada e a realização da pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, aos professores, pelo aprendizado e dedicação. Aos colegas de mestrado, obrigada pela convivência e apoio. Ao Vinicius e ao Rodrigo, pela atenção e muita paciência. Aos demais colaboradores da Faculdade de Enfermagem, obrigada pela atenção e carinho.

À CAPES pela possibilidade de realizar o mestrado com dedicação exclusiva, com o recebimento da bolsa demanda social.

O agir de Deus é lindo Na vida de quem é fiel No começo tem provas amargas Mas no fim tem o sabor do mel [...]

Damares

Resumo

Souza, Silvia Alves de. **Usuários de Saúde Mental e suas Trajetórias Terapêuticas** na Rede de Atenção à Saúde, frente à Hipertensão e/ou Diabetes *mellitus*. 2015. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O estudo objetivou conhecer as trajetórias terapêuticas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, na rede de atenção à saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes mellitus. Consiste em uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa dos dados. O local do estudo foi em um CAPS tipo II, localizado no município de Pelotas (RS). Os participantes deste estudo foram 5 usuários de CAPS que tinham diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2015. A coleta de dados foi realizada com a abordagem História de Vida Focal (HVF), escolhemos este recurso por compreendermos que são os usuários que vivenciam o adoecimento e, a partir de então, constroem suas trajetórias em busca do cuidado. Sendo utilizado o diário de campo e a observação participante. A análise seguiu a proposta operativa, encontrando núcleos de sentidos apresentados em categorias. Emergindo duas categorias: acometimento por uma doença crônica não transmissível: da descoberta à necessidade de mudanças no estilo de vida e desafios e potencialidade na construção das trajetórias terapêuticas. Dos cinco usuários, quatro eram mulheres, as idades foram compreendidas entre 42 a 64 anos, com baixa escolaridade, separados e aposentados. A Atenção Primária à Saúde no município, como ponto de atenção, necessita favorecer o acesso do usuário, possibilitando a prevenção e a promoção de saúde, assim como o diagnóstico precoce, almejando melhorar a qualidade de vida destes usuários. Apesar da APS, ser ordenadora do cuidado, esta atribuição não pode engessar as ações do CAPS, pois esse, antes de ser um serviço especializado nos transtornos psiquiátricos é um serviço de saúde e, como tal, necessita atentar para as necessidades dos usuários como um todo, dessa forma, a articulação entre os serviços o cuidado integral.

Palavras-chave: saúde mental; hipertensão; diabetes *mellitus;* atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Souza, Silvia Alves de. **Mental Health Units Patients and their Therapeutical Trajectories** on the Health Care Net, facing Hypertension and/ or Diabetes *mellitus*. 2015. 122f. Dissertation (Nursing Master Degree) – Nursing Post Graduation Program, Nursing College, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2015.

The study has aimed to understand the therapeutical trajectories of patients in a Psychosocial Attention Center, type II, on the health care net, facing hypertension and/or diabetes mellitus. It consists in a case study research type, with a qualitative approach. The study was performed in a CAPS type II, established in the city of Pelotas (RS). These study participants were 5 CAPS patients that were hypertension and /or diabetes mellitus diagnosed. The data was collected between May and September of 2015. The data collection was done with the Focal Life History (FLH) approach and this resource was choosen because we understand that are the patients that experience the illness and, from it, build up their trajectories, searching for care. Being used a field diary and the participant observation. The data analysis has followed the operative proposal, finding nucleus of sense presented in categories, emerging two of them: involvement in no transmitted chronic disease, from its discovering to a life style change necessity and challenges and potentialities in their therapeutical trajectories construction. From the five patients, four were women, aging from 42 to 64 years-old, low scholarity, divorced and retired. The Health Primary Care in the city, as an attention center, needs to promote the populational access. Allowing them prevention and the health promotion as well as the early diagnosis, aiming a better life quality of these patients. Even though HPC is the care order, this atribuition can not stuck the CAPS actions, once, before being a especialized service on psycho problems, it is a health service and, as that, needs to attend all the patients' needs as a whole, this way articulated with the integral care services.

Key words: mental health, hypertension; diabetes *mellitus;* primary health care.

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa do Rio Grande do Sul	45
Figura 2	Região de Saúde Sul	46
Figura 3	Mapa do Bairro Fragata	52
Figura 4	Trajetória Terapêutica Usuária 1	57
Figura 5	Trajetória Terapêutica Usuária 2	62
Figura 6	Trajetória Terapêutica Usuária 3	66
Figura 7	Trajetória Terapêutica Usuária 4	72
Figura 8	Trajetória Terapêutica Usuário 5	78
Figura 9	A mudança dos sistemas piramidais hierárquicos para as	
	Redes de Atenção à Saúde	92
Figura 10	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	94
Figura 11	Plano Terapêutico Singular em Rede (PTSR)	95

Lista de Tabelas

Tabela 1	Unidades de Saúde do Município de Pelotas	48
Tabela 2	Unidades de Saúde Tradicionais	49
Tabela 3	Unidades de Saúde do Território Fragata com ESF	49
Tabela 4	Caracterização dos Participantes	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC Acidente Vascular Cerebral

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

Nível Superior

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

III 24 horas

CAPS i Centro de Atenção Psicossocial Infância e

Adolescência

CNSM Conferência Nacional de Saúde Mental DCNT Doença Crônica Não Transmissível DINSAN Divisão Nacional de Saúde Mental

DM Diabetes *mellitus*

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HVF História de Vida Focal IAM Infarto Agudo do Miocárdio

LAPPIS Laboratório de Pesquisas de Práticas de

Integralidade em Saúde

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS Organização Mundial de Saúde

PET Programa de Educação pelo Trabalho

PPGENF Programa de Pós Graduação em Enfermagem

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UCPel Universidade Católica de Pelotas UFPel Universidade Federal de Pelotas

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Considerações Finais Referências Apêndices	86
	100
Anêndices	102
Apolitious	115
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
Apêndice B- Instrumento de Pesquisa	117
Apêndice C- Roteiro de Observação Participante	118
Anexos	119
Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP	120

Apresentação

Esta pesquisa tem por objeto de estudo as trajetórias terapêuticas dos usuários de saúde mental na rede de atenção à saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes. Para melhor compreender a escolha da temática, faz-se necessária uma breve apresentação da minha trajetória acadêmica.

Em 2009, ingressei na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Com o seu currículo reformulado e utilizando metodologias ativas, os alunos ingressam nos campos práticos desde os primeiros semestres. Essa reformulação curricular permite formar um profissional embasado em competências e habilidades relacionadas à atenção à saúde, além do ato técnico. Nessa nova concepção de profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, o modelo assistencial é focado no usuário e voltado para metodologias ativas e multidisciplinares e interdisciplinares, almejando superar as práticas fragmentadas, focadas, exclusivamente, na doença.

Dessa maneira, inseri-me, desde o primeiro semestre, em atividades de práticas curriculares, em uma unidade de saúde do município, acompanhando famílias no território, e as questões, referentes à saúde mental, continuamente, foram surgindo. Assim, despertou o meu interesse pela área da saúde mental e o ingresso no grupo de pesquisa Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva, em 2011.

Já minha inserção em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II se deu a partir da minha participação no PET Saúde Mental Crack álcool e outras drogas, onde as atividades eram realizadas semanalmente, perfazendo oito horas. Durante as atividades, muitas vezes, foi possível identificar a dificuldade na construção do cuidado, pois era possível perceber uma dicotomia entre o físico e o psíquico.

No que diz respeito à hipertensão e diabetes, muitos usuários traziam relatos de seu acometimento por essas doenças crônicas e, em alguns

momentos, essa fala não era valorizada no serviço, tendo como justificativa que, naquele momento de grupo, o foco principal era a discussão de questões relacionadas às emoções, à família e ao uso dos psicofármacos.

Meu olhar se tornou mais sensível para hipertensão e diabetes com a minha participação em um projeto de pesquisa e extensão, em 2010, intitulado "Condição Crônica e Itinerários Terapêuticos: esforços para a construção de linhas de cuidado com usuários de um serviço de saúde", que realizava o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, através de visitas domiciliares semanais, visando a promoção da saúde e identificando a trajetória do usuário na rede de saúde.

Esse paradoxo entre o físico e o psíquico me sensibilizou e, por isso, foi tema do meu trabalho de conclusão de curso, abordando essa temática com os coordenadores dos serviços, sendo possível concluir, com o estudo, que o acompanhamento de usuários com hipertensão e/ou diabetes se dá de maneira pontual, muitas vezes, compreendida como atribuição exclusiva da atenção básica e, quando realizada no interior do CAPS, seria essa competência apenas do enfermeiro. Quando o CAPS realiza algum encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde, ainda há uma dificuldade de alguns membros da equipe em compreender a importância do trabalho em rede e do seu papel no processo de cuidar (SOUZA, 2014).

Em minha revisão de literatura, foi possível identificar o quanto a discussão frente à inserção da saúde mental na atenção básica está se desenhando. No entanto, estudos que abordem o cuidado ao usuário de saúde mental quando esse acessa outros pontos de atenção à saúde, não foram encontrados nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs.

No entanto, minha inquietude em relação a essa temática continuou e, durante a realização do mestrado, foi possível desenvolver a pesquisa, almejando conhecer a trajetória do usuário de saúde mental na busca por atendimento a outros agravos a sua saúde. Minhas indagações foram permeadas por várias questões como: Que serviços buscam? Como se organizam? Como, de fato, eles tecem a rede de cuidados, sejam elas informais e/ou formais?

1 Construção do Objeto de Estudo

Assim como observado em outras partes do mundo, o Brasil também vem atravessando uma transição epidemiológica, nutricional e demográfica em seu território. Essa mudança é observada desde a década de 60, com o aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MALTA et al, 2006).

As DCNT representam, atualmente, um grande desafio para a área da saúde, representando um custo elevado para os seus sistemas. Afeta a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, assim como, seu poder econômico, de seus familiares e da sociedade (BRASIL, 2011a).

As mortes por doenças crônicas, em geral, ocorrem em 80% dos países em que a renda é considerada baixa e média. Sendo que, nesses países, está a maior parte da população (OMS, 2005).

Visando deter e enfrentar esta situação no país, nos próximos dez anos, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. O plano tem por objetivo a promoção e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e baseadas na prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. Compreendem essas doenças: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), câncer, Diabetes *mellitus* (DM) e doenças respiratórias. No Brasil, essas doenças são responsáveis por 70% das causas de morte, atingindo os grupos com menos escolaridade e renda (BRASIL, 2011a).

Na perspectiva da saúde mental, destacam-se as DCNT, particularmente, a hipertensão e diabetes *mellitus*, as quais serão utilizadas como critério de investigação neste estudo. Tendo em vista a importância destas morbidades no cenário da saúde no país e sua relação com a saúde mental, oriunda dos efeitos colaterais de alguns medicamentos (antipsicóticos), usados na abordagem clínica dos transtornos psiquiátricos e os fatores de riscos (sedentarismo, tabagismo

e aumento da circunferência abdominal) para o desenvolvimento dessas que muitos usuários apresentam.

Desde a utilização das medicações antipsicóticas atípicas, na década de 90, em usuários acometidos por esquizofrenia, há uma discussão de casos clínicos frente ao desenvolvimento de diabetes e outras síndromes metabólicas. A partir destas discussões, faz-se necessária uma maior na vigilância das condições metabólicas (REIS et al, 2006).

Em um estudo realizado na região sul do país, envolvendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos estados de Paraná, Santa Catarina e o Rio Grande do Sul, foram entrevistados 1162 usuários em serviços do tipo I e II. Desses, 45% eram hipertensos, 12,2% obesos e 10,9% diabéticos (KANTORSKI et al, 2011).

Já em um estudo nutricional realizado em um CAPS vinculado ao Hospital de Clínicas, em Porto Alegre, especificamente, com os pacientes diagnosticados com esquizofrenia, foi possível observar que 30% estavam com sobrepeso e, 25%, obesos. As medidas de circunferência abdominal e percentual de gordura corporal estavam aumentadas, respectivamente, 62,5% e 92,5%. Em relação ao aumento dos níveis pressóricos, 20% das pessoas estavam elevados e 10% das pessoas com níveis tensionais limítrofes. Nesse estudo, o ganho de peso ocorreu independente do tipo de antipsicótico utilizado (ZORTÉA et al, 2010).

Em outro estudo, realizado com 94 pacientes com diagnóstico de transtorno de humor bipolar, a hipertensão foi encontrada em 29,8% e o diabetes mellitus em 17% dos entrevistados (BARBOSA et al, 2011).

Na literatura, há diversos estudos que abordam a hipertensão e/ou diabetes em usuários acometidos por algum tipo de transtorno psiquiátrico persistente. Tendo em vista os achados na literatura e a reforma psiquiátrica, faz-se necessário pensar o outro, além do sofrimento psíquico, buscando um olhar integral a esse sujeito.

Α reforma psiquiátrica movimento mundial um de luta por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental que sólidas desdobrou em experiências em diversos países, suas modificações cosméticas foram desde mudanças dos manicômios, desospitalização, até propostas de desinstitucionalização e a extinção total do manicômio. No Brasil, as experiências substitutivas do modelo manicomial se pautaram em torno dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como organizadores e realizadores de práticas integrais em um determinado território (COSTA-ROSA, 2013).

Os CAPS são serviços destinados a acolher os usuários com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo o atendimento de saúde e estimulando sua relação social e familiar e apoiando na busca por autonomia. Suas atividades estão inseridas em um ambiente social e cultural real, designado como território, este é o espaço da cidade onde a vida cotidiana dos usuários e familiares são desenvolvidas. Os CAPS constituem a principal estratégia no processo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Sabe-se das possíveis limitações que o CAPS possa encontrar frente à atenção à hipertensão e à diabetes *mellitus*, entretanto, sendo esse um ponto de atenção do Sistema Único de Saúde e tendo em vista um de seus princípios, a integralidade, é imprescindível que o CAPS assuma uma postura de cuidado integral, corresponsável e articulado com outros pontos de atenção.

Contudo, os cuidados em saúde que ainda predominam em nossa sociedade mantêm uma visão simplificada de que os usuários são vistos apenas como portadores de alguma patologia, fato favorecido pela necessidade de aspectos físicos e biológicos para o acometimento das doenças, desconsiderando sua individualidade e subjetividade que influenciam no adoecimento dos sujeitos (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

Os inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população está na dificuldade dos profissionais em ouvir as necessidades dos pacientes e de tratá-los como sujeitos que possuem desejos, crenças e medos (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007). Na busca de identificar as causas da produção da doença no usuário, os trabalhadores de saúde se distanciam das relações com os seres em sofrimento (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

Dessa maneira, emerge o primeiro pressuposto "A rede de cuidado de Pelotas- RS, compreende, de forma fragmentada, as necessidades dos usuários".

A dificuldade interprofissional de ouvir o outro e com ele interagir, interfere no cuidado compartilhado e na construção dos projetos terapêuticos interdisciplinares.

O trabalho articulado entre as diversas equipes e serviços de uma rede não é realizado apenas por formulários e normatizações, mas, sim, pela discussão conjunta dos processos de trabalho e dos objetivos acordados entre os profissionais e a população (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, já que, para a prevenção de agravos e recuperação da saúde, faz-se necessária uma combinação de todas as dimensões da vida (FRANCO; FRANCO, sd).

Nesse contexto, surge o segundo pressuposto: "Ações compartilhadas entre os serviços de saúde podem contribuir para o cuidado integral, orientado pelas necessidades do usuário".

Visando contemplar as necessidades dos usuários, é necessário que o cuidado seja realizado em rede. Sendo a rede entendida por Santos e Andrade (2011, p.37) como "a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos".

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), existem dois significados para rede: o primeiro é como estrutura organizacional voltada para a produção de serviços e, o segundo, seria a rede como uma dinâmica de sujeitos em permanente renegociação de suas ações, possibilitando, assim, a solução de problemas em um contexto de mútuos compromissos.

Os mesmos autores realizam uma discussão frente à integralidade, expondo que esse conceito remete, obrigatoriamente, à integração dos serviços através de redes assistenciais, tendo em vista, que as instituições de saúde não dispõem de todos os recursos necessários para a solução dos problemas da população. Sendo, portanto, necessária a cooperação e coordenação da gestão dos recursos coletivos visando atender as necessidades de saúde.

Almejando superar a fragmentação da atenção, surge, como estratégia, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como objetivo a integração das ações e serviços de saúde com atenção continua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010).

Sendo assim, surge o último pressuposto "Existe uma rede de atenção à saúde pactuada e organizada, no entanto, os usuários não a utilizam em sua totalidade, pois a desconhece".

Nesse sentido, é de suma importância que possamos compreender os caminhos que usuários de saúde mental percorrem em busca de cuidado para outros agravos em sua saúde e os significados que outras doenças crônicas proporcionam em suas vidas.

Diante do exposto, surge a questão norteadora "Como se dá a trajetória terapêutica dos usuários de saúde mental na Rede de Atenção à Saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes *mellitus*"?

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as trajetórias terapêuticas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, na rede de atenção à saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes mellitus.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as potencialidades encontradas pelos usuários na construção de suas trajetórias terapêuticas.

Especificar os desafios encontrados na rede pelos usuários na construção de suas trajetórias terapêuticas.

3 Construindo o Caminho

Neste capítulo, será realizado um resgate histórico de como se deu o cuidado ao usuário de saúde mental, assim como, a importância da integralidade e as linhas de cuidado para a atenção à saúde mental e a necessidade de um olhar ampliado no que diz respeito à hipertensão e diabetes *mellitus*.

3.1 Da exclusão ao território

Os hospitais psiquiátricos foram fundados com o objetivo de operar o que Pinel denominou de tratamento moral aos alienados, que utiliza uma série de regras, princípios e rotinas nas instituições, visando reorganizar o mundo dos sujeitos. Sendo essa instituição, quando bem estruturada, por si só, um tratamento (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

O isolamento, ao qual os pacientes eram submetidos, tinha o intuito de curá-los, para tanto, era necessário interna-los em locais apropriados, os manicômios. Outros serviços que os manicômios prestavam à sociedade eram a proteção, já que os doentes mentais são, supostamente, irresponsáveis e sujeitos sem direitos, segundo a sociedade burguesa (DESVIAT, 1999).

No Brasil, a assistência psiquiátrica seguiu o modelo de exclusão dos loucos nos hospitais psiquiátricos, objetivando sua cura e proteção da sociedade devido à sua periculosidade (COIMBRA, 2007).

No Rio Grande do Sul, em 1884, o hospital psiquiátrico São Pedro foi inaugurado, sendo o primeiro hospital do estado. Até a criação do hospital, os loucos, aqueles que não respeitavam os padrões impostos pela sociedade, eram alojados na Santa Casa (CHEUICHE, 2004).

A primeira proposta de mudança do hospital psiquiátrico, com o objetivo de torna-lo local terapêutico, foi no Reino Unido, sendo essa proposta intitulada de comunidade terapêutica. Com o passar do tempo, outras propostas começam a surgir, como a psiquiatria preventiva Norte Americana e a psiquiatria de setor, na França. Ambas as propostas se pautam na criação de centros de saúde mental comunitários, onde as pessoas, após a alta hospitalar, seriam acompanhadas por esses dispositivos. Esse modelo foi muito criticado principalmente por Franco Basaglia, pois não rompe com a lógica manicomial, já que nesses centros comunitários somente casos não tão graves eram atendidos e os casos graves e crises continuavam a ser atendidos no hospital psiquiátrico, fortalecendo a importância e a necessidade do manicômio frente à sociedade (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia visita o Brasil, com o discurso sobre a desinstitucionalização do aparato psiquiátrico, repercutindo no meio social e político, que passa por diversas contestações devido à vivência da ditadura militar. O pensamento de Basaglia é pautado em colocar a doença em parênteses, dessa maneira, é possível inverter a tradição psiquiátrica e cientificamente moderna de objetivação do sujeito. Com essa inversão, se estabelece uma ruptura executada pela Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica. Essa perspectiva de quebra de paradigma, que ocorre na saúde mental, tem como proposta a visão do sujeito como cidadão, respeitando sua singularidade, abandonando a visão de doente perigoso e anormal que necessita de exclusão (GUIMARARÃES et al, 2001).

O desejo coletivo por uma sociedade livre e com princípios igualitários, a descoberta dos psicofármacos, a utilização da psicanálise e da saúde pública nas instituições psiquiátricas foram elementos importantes para os diversos movimentos da reforma psiquiátrica (DESVIANT, 1999).

A exitosa experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria inspira o Brasil a quebrar seus paradigmas. Os movimentos de reforma psiquiátrica, no Brasil, surgem no final dos anos 70, com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN), ocorrem devido a uma greve dos estagiários e profissionais. Essa crise gera uma grande discussão frente à assistência prestada nos hospitais psiquiátricos, originando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), não sendo identificado apenas como um movimento de classe, mas como uma

organização popular por melhores condições para o campo da saúde mental. O MTSM foi responsável por realizar eventos e tornar pública a precariedade dos hospitais psiquiátricos, denunciando o abandono, os maus tratos e a violência a que os pacientes eram submetidos (AMARANTE, 1995).

Em 1978, ocorre a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse momento, são estabelecidas metas para a saúde mundial, além de reconhecer que o conceito de saúde vai além da simples ausência de doenças. Estabelece ainda a participação na formulação e planejamento das ações de saúde como direito e dever de todos os cidadãos (OMS, 1979).

A responsabilização da população na construção e formulação das políticas públicas facilitou o processo de democratização do sistema de saúde. Desse modo, começa a se considerar a pessoa olhando integralmente a saúde, assumindo que essa pessoa transita por setores sociais, econômicos, culturais e essa interação influencia em seu modo de viver e produzir saúde (TEIXEIRA JUNIOR, 2010).

O movimento da Reforma Sanitária atinge seu auge com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando ocorre a alteração do texto constitucional e a saúde é compreendida como um direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua origem em movimentos sociais que mobilizaram grande parte da população brasileira, que buscava uma saúde igual para todos, já que a maioria da população, nesse período, não tinha acesso à saúde.

O SUS é constituído por um conjunto de serviços e ações de saúde na esfera pública, no âmbito federal, estadual e municipal. Conta, ainda, com serviços privados de saúde de maneira complementar, quando esses são contratados ou conveniados. Esse sistema foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde, visando atender às demandas da população. O SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. Ele é complexo, pois inclue, em suas ações, os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, possibilitando uma visão abrangente e integrada além da doença (não negando sua importância na configuração do sistema), mas almejando compreender o que esta representa além dos conceitos biológicos e individuais, sendo uma concepção ampliada de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Os princípios que possibilitam a legalidade ao SUS são: a universalidade, direito à saúde a toda população, assim como o acesso sem discriminação aos serviços de saúde. Com esse princípio, muda-se a realidade anterior em que apenas pessoas com vínculos previdenciários tinham acesso aos serviços de saúde. A integralidade pressupõe a atenção continuada de ações em saúde e de serviços almejando a promoção, proteção, cura e reabilitação de modo individual e coletivo. Ele possibilitou a expansão e a qualificação das ações e serviços como, por exemplo, desde a imunização até os serviços de reabilitação física e mental, qualificando ações de promoção de saúde intersetoriais. Por fim, a Equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde justifica a priorização de algumas ofertas de ações a grupos específicos que demonstram maiores riscos de adoecer e morrer em virtude da desigualdade na distribuição de renda, serviços e bens (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

No contexto da saúde mental, ocorreu, em São Paulo, o II Congresso do MTSM, em 1987, que adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Nesse mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

O texto, elaborado a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), sinaliza a estreita vinculação entre o Movimento Sanitário e o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Aponta a necessária revisão dos papéis dos trabalhadores que atuam como agentes de exclusão e de dominação. A lógica asilar é congruente com o modo capitalista de produção, pois os interesses dos usuários são subordinados ao do hospital. Atentar para os interesses dos usuários é fundamental para a realização de práticas alternativas ao modelo asilar, práticas capazes da produção de subjetividade singularizada (COSTA-ROSA et al, 2001).

O modelo psicossocial é conceituado por Costa-Rosa (2000) levando em consideração parâmetros fundamentais: implicação subjetiva do objeto, superando o modelo médico sujeito-objeto, a horizontalidade das relações interprofissionais e intrainstitucionais, requisitos necessários para a subjetivação e a preconização da integralidade das ações no território.

A cidade de São Paulo se mobilizava em uma tentativa de reforma psiquiátrica já no início dos anos 80, utilizando, nos Ambulatórios de Saúde Mental, atendimentos em grupo, almejando evitar o encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Já nos centros de saúde, foi estruturada uma equipe mínima

composta por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, visando fazer a prevenção em saúde mental abrangendo o todo biopsicossocial (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo chamado de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, surge em 1986, na cidade de São Paulo. Tinha como objetivo evitar internações, acolher os egressos dos manicômios e oferecer um atendimento intensivo aos usuários (RIBEIRO, 2004).

Em 1989, foi decretada a intervenção na Casa de Saúde Anchieta — o único hospital psiquiátrico da cidade de Santos - depois de diversas denúncias de maus tratos e mortes. A equipe liderada pelo psiquiatra Roberto Tykanori começa a gerenciar essa instituição que tinha aproximadamente quinhentos pacientes. Essa intervenção foi uma aprendizagem de liberdade, pois, já no primeiro dia, as celas fortes foram fechadas, os eletroconvulsoterapia proibidos e a família convocada a participar do processo de alta (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

No município de Santos, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, surgindo as cooperativas, as residências para os egressos dos hospitais psiquiátricos e as associações. Essa experiência passa a consolidar o marco da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Já no estado do Rio Grande Sul, a lei 9.716/92 dispõe sobre a reforma psiquiátrica no estado e determina a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e estabelece regras de proteção aos usuários, especialmente no que diz respeito às internações compulsórias (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Duas experiências de implantação de serviços substitutivos merecem destaque: o município de São Lourenço do Sul que, em 1988, inaugura o CAPS Nossa Casa e o de Alegrete, em 1989, ambos com a proposta de atendimento integral ao indivíduo com sofrimento psíquico (CAPSUL, 2007).

Também em 1989, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional. O projeto propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país, iniciando o processo de lutas pela reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Esse projeto faz um longo e demorado percurso, no qual são estabelecidas diversas emendas, oriundas dos representantes de setores que se sentiam lesados em seus interesses econômicos e valores sociais e culturais. Essas

modificações acabaram na aprovação de um projeto substitutivo ao original, pois suprimiu o termo extinção dos hospitais psiquiátricos. Mas, em troca, são mantidas importantes modificações na legislação, consideradas, em geral, um grande avanço em relação à legislação anterior (COSTA-ROSA, 2013). Essa lei passou doze anos em tramitação e a modificação em relação ao texto original possibilitou que, mesmo nos dias atuais, hospitais psiquiátricos se mantenham abertos.

A criação dos NAPS/CAPS foi formalizada a partir da Portaria GM 224/92, sendo definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas com população adstrita e o atendimento realizado por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).

Em 2002, os CAPS foram regulamentados pela portaria GM 336/02, que ampliou o seu funcionamento e complexidade, visando um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes em um determinado território, disponibilizando cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, visando à substituição do modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social (BRASIL, 2004).

Essa portaria estabelece que os CAPS sejam formados de acordo com as modalidades de serviços CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II sendo definidos por ordem crescente de porte e complexidade, de acordo com a abrangência populacional. Esses só poderão se estabelecer em área física delimitada e independente de qualquer estrutura hospitalar, segundo a lógica de território, constituindo-se um serviço ambulatorial de atenção diária (BRASIL, 2002).

As práticas nos CAPS ocorrem em um ambiente acolhedor, aberto e inserido no território. Os projetos desses serviços geralmente transpõem a estrutura física, buscando a rede de suporte social, tendo o compromisso com o indivíduo e sua singularidade, suas histórias, sua vida e sua cultura (BRASIL, 2004).

Muitas vezes, o cuidado se torna enrijecido pelos profissionais e esse distanciamento, em muitos casos, se dá pelo uso constante de aparatos tecnológicos, demandas, outras atribuições impostas pelas instituições e, também, pela dificuldade de um olhar humanizado que perceba o usuário além de sinais e sintomas. Quanto mais especializado o ambiente, maior a chance de fragmentarmos o usuário.

Apesar de toda mobilização frente à reforma psiquiátrica vivenciada no país, alguns espaços podem vir a reproduzir o modelo manicomial em suas práticas.

Na saúde mental, perceber o usuário além do transtorno psíquico é um exercício que exige do profissional a contínua revisão de suas práticas. Tendo em vista o quanto o cuidado em saúde mental foi atravessado pelo poder médico (detentor do saber) e sua singularidade negada em prol de seu "cuidado".

3.2 Diabetes mellitus e Hipertensão: sua relação com a saúde mental

O Diabetes *mellitus* (DM) não é uma única doença, mas, diversos distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, sendo resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou ambos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Esses distúrbios estão classificados em: DM, do tipo 1 e 2, Diabetes Gestacional, sendo esse último detectado durante a gravidez, apresentando-se de maneira menos rigorosa quando comparado aos tipos 1 e 2. Geralmente é resolvido no período pós-parto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

O DM 1 está presente em 5 a 10% dos casos e resulta da destruição das células betapancreáticas e, consequentemente, sua deficiência na liberação de insulina. Já o DM 2 é identificado em 90 a 95% dos casos e possui como característica defeitos na ação e secreção de insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013)

No DM 2, os pacientes apresentam sobrepeso ou obesidade, a cetoacidose ocorre raramente de modo espontâneo estando associada a infecções. Esse tipo de diabetes *mellitus* pode ocorrer em qualquer idade, no entanto, o diagnóstico se dá após os quarenta anos. Nesse caso, os pacientes não necessitam de insulina exógena para sobreviver, contudo, podem recorrer ao seu uso visando obter um controle metabólico adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

No Brasil, em um estudo que descreveu as características epidemiológicas de 7.938 pessoas com DM, durante o período de 2002 a 2006, em Cuiabá – Mato Grosso, foi possível identificar que mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas e com fatores de risco cardiovasculares. Sendo que esses usuários, quando chegam à UBS, já apresentam sinais avançados da doença (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), considerando esses valores iguais ou superiores a 140 X 90 mmHg, estando

frequentemente associados a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; 2010). Os fatores de risco para HAS são o consumo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada, o tabagismo e obesidade (BRASIL, 2011a).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil, pois, 72% das mortes ocorridas no ano 2007 foram conferidas a elas. A morbimortalidade ocasionada pelas DCNT é maior na população pobre. A prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, assim como, a prevalência de excesso de peso. Esses aumentos estão associados a mudanças não favoráveis na dieta e atividade física (SCHMIDT et al, 2011).

Em uma busca não sistematizada, em uma base de dados, foram encontradas algumas publicações nos últimos cinco anos que apontam para a importância de atentarmos para o Diabetes *mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes que fazem uso de medicações antipsicóticas. Os artigos encontrados se direcionam a grupos específicos, de acordo com o tipo de transtorno, assim como, a utilização de algumas medicações.

Os antipsicóticos começam a ser utilizados na década de 1950. Visam tratar os sintomas de psicose, como os delírios e alucinações observados na esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, depressão psicótica e na fase maníaca do transtorno bipolar (VIDEBECK, 2012).

Para Bresee et al (2010), em seu estudo que buscou avaliar a prevalência de riscos cardiovasculares em pacientes esquizofrênicos, esses pacientes tinham maior prevalência de diabetes e de doenças cardiovasculares do que os sem esquizofrenia, particularmente, as pessoas em idade mais jovens (30-39 anos). Os pesquisadores sugerem que o monitoramento de diabetes e de outros fatores de risco cardiovascular inicie concomitantemente com o diagnóstico de esquizofrenia.

Já em outro estudo, também realizado com usuários esquizofrênicos, em Taiwan, buscou-se identificar a prevalência de hiperlipidemia nos pacientes. No estudo, foi possível identificar que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentavam maior hiperlipidemia do que a população em geral, principalmente aqueles que faziam uso de antipsicóticos atípicos (HSU et al, 2012).

Em um estudo comparativo entre antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, risperidona e aripirazol), realizado em um hospital em Seul, em que os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes esquizofrênicos, no período de 2000 a 2007, sendo estes pacientes usuários de, pelo menos, umas das medicações referidas anteriormente, em um período de um mês, foram 588 e, por dois meses 294 usuários. A olanzapina mostrou aumento de peso tanto no primeiro como no segundo mês, assim como, aumento do risco de síndrome metabólica (LEE et al, 2011).

Uma pesquisa realizada no Brasil, concomitantemente em São Paulo e Porto Alegre, com o objetivo de avaliar a prevalência e correlação clínica de risco cardiovascular em pacientes com transtorno bipolar, obtve, dentre os resultados encontrados, o elevado número de tabagistas (27%), sedentarismo (64,9%), transtorno por uso de álcool (20,8%), glicose em jejum elevada (26, 4%), diabetes (13,2%), hipertensão (38,4%), hipertriglicemia (25,8%), baixo HDL- colesterol (27,7%) e obesidade abdominal (59,1%). Nesse estudo, os homens (52) eram propensos ao uso de álcool, diabetes e hipertriglicemia, enquanto as mulheres (102) apresentam maior prevalência de obesidade abdominal (GOMES et al, 2013).

Em relação ao lítio, um regulador de humor, alguns pesquisadores encontraram, em sua revisão de literatura, benefícios frente a sua utilização, como o baixo custo e sua eficácia. Contudo, sua utilização está relacionada com diversas alterações na tireoide, paratireoide e no metabolismo iônico (GIUST et al, 2012).

Os estudos apontam para a importância da utilização dos antipsicóticos atípicos frente à remissão dos sintomas dos transtornos psiquiátricos e diminuição dos efeitos extras piramidais. Contudo, todos apontam para a necessidade de um olhar integrado para os aspectos clínicos, tendo em vista os efeitos que essas medições favorecem. No caso dos usuários de saúde mental, além do uso contínuo dessas medicações, os hábitos alimentares e físicos estão prejudicados nessa população. Como os próprios estudos apontam, há um número expressivo de usuários sedentários, tabagistas e com um aumento significativo da circunferência abdominal, sendo que estes englobam fatores de risco para doenças cardiovasculares.

3.3 As trajetórias terapêuticas à luz da integralidade e linhas de cuidado

Em uma busca por um sistema de saúde pautado na integralidade¹ que escape da mercantilização e objetivação da vida, esse sistema necessita ser um espaço de cuidado, utilizar das construções de redes e de novos saberes para a consolidação de práticas. Saberes não mais cristalizados pela "frieza que desconsidera o ser humano" (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006. p. 54).

A integralidade, na prática, está na habilidade dos profissionais em responderem ao sofrimento que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa às ações ou procedimentos preventivos. Dessa maneira, esses necessitam incluir, em seu trabalho, a investigação sistemática das necessidades mais silenciosas. Aos serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que ofereçam, além das ações demandadas pela população, a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção (MATTOS, 2004).

Para os profissionais de saúde compreenderem melhor o sofrimento dos sujeitos, necessitam ultrapassar a dualidade corpo e mente. Para cuidar na totalidade do ser, é necessário escuta-los e compreender o que sentem e temem. Assim, o cuidar é uma interação entre os envolvidos, sendo necessário: "o acolhimento, a escuta o respeito pelo sofrimento e por suas histórias de vida" (LACERDA; VALLA, 2006. p. 95).

O vínculo, além de proporcionar a interação entre profissional-paciente, favorece a continuidade do cuidado, já que esse profissional compreende o seu processo de vivenciar as doenças e os fatores que podem vir a influenciar a não adesão/participação nas atividades e terapêuticas propostas. Com o vínculo, as pactuações entre esses sujeitos se dá de maneira combinada, considerando fatores que atravessam o processo de adoecer e do cuidar.

com a sociedade civil. Integralidade é entendida como um amplo conceito, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema (LAPPIS, 2011).

¹ Utilizaremos o conceito de integralidade proposto pelo Laboratório de Pesquisas de Práticas de

Integralidade em Saúde (LAPPIS). Este que é um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de Integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Esse trabalho é multidisciplinar e tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação

O processo de adoecer e sofrer pode destruir os projetos de vida e a interação com o mundo. Assim, se faz necessário um trabalho em rede em que os profissionais possam ajudar o usuário a transformar suas experiências, buscando um sentido e coerência de vida (LACERDA; VALLA, 2006).

Na experiência do sofrimento, por mais pessoal que seja, o indivíduo não consegue dar sentido ao que experimenta ou achar alguma saída sem se posicionar em relação aos outros ou ao grupo. É dessa forma que ele pode vir a interpretar a causa da doença, procurar ajuda e cuidado (RAYNAUT, 2006).

A importância do trabalho em rede é indiscutível, tanto as redes de serviços de saúde, quanto nas demais redes sociais que se constituem nas diversas situações da vida. Entender que o "homem não é uma doença ou uma crise existencial, mas um ser complexo que exige mais do que ações solidárias e setoriais", é uma visão essencial para um trabalho de atenção psicossocial e de compreensão da vida (DALMOLIN, 2006. p. 38).

Para Malta e Merhy (2010 p. 597), cada serviço pode ser repensado como fundamental para a integralidade do cuidado, atuando como uma estação na trajetória que cada usuário percorre na busca da integralidade que necessita, "cabe o desafio de conectar essas redes assistenciais, de forma adequada à rede de serviços de saúde".

Na busca em compreender o que mobiliza os usuários na busca de atenção à saúde, elencamos as trajetórias terapêuticas para a execução desse trabalho.

Para Novakoski (2002), trajetórias terapêuticas são os diversos recursos de cuidados com a saúde, desde o momento em que a doença ou problema surge, até sua cura, estabilização ou morte. O tipo de recurso adotado é influenciado não somente por elementos objetivos, mas, também, pelas significações que interferem na explicação da doença, na procura por algum recurso e nos itinerários em busca de assistência.

Segundo Guedes (2010), existe uma semelhança entre trajetória e itinerários terapêuticos, no entanto, suas particularidades estão na temporalidade.

Os itinerários objetivam compreender e analisar em profundidade determinado percurso dos indivíduos, levando em conta o tempo em que o pesquisador convive com este em seu contexto, para que possa captar detalhadamente sua cultura e fundamentar as escolhas dos indivíduos e seus porquês. Enquanto que as trajetórias objetivam ter uma visão ampla dos caminhos trilhados pelos sujeitos, descrevendo seus

cursos a partir do que este relata e do que é observado pelo pesquisador em um tempo breve e delimitado (GUEDES, 2010, p. 43).

A busca por serviços de saúde que atendam as demandas dos usuários faz com que suas trajetórias terapêuticas sejam realizadas de diversas formas. Logo, compreende-se que os serviços de saúde poderiam estar estruturados de maneira que as trajetórias terapêuticas de cada sujeito estivessem organizadas de forma clara, possibilitando ao indivíduo discernimento de que caminho irá traçar para ser atendido no serviço com resolutividade (ROTOLI, 2007).

O cuidado nas organizações de saúde em geral é multidisciplinar, sendo atravessado por diversos saberes e práticas. Relações assimétricas de poder estão permeadas nessas relações, ocultando a imprescindível colaboração entre os profissionais. O cuidado recebido pelo usuário é a união de outros cuidados que vão se complementando (CECILIO; MERHY, 2003).

Assim, uma trama complexa de atos, fluxos, saberes e disputas compõem o cuidado em saúde. A linha de Cuidado entende a produção de saúde, a partir de redes macro e microinstitucionais, estando associada a uma imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo da assistência centrada no campo das necessidades. A articulação das práticas dos trabalhadores irá resultar em uma maior ou menor integralidade (CECILIO; MERHY, 2003).

A principal questão a ser enfrentada, visando à mudança nos serviços de saúde, está relacionada ao processo de trabalho que, atualmente, ainda prevalece o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 2013).

A mudança no modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado, um trabalho centrado nas tecnologias leves e leves-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO; FRANCO, sd).

A superação da assistência centrada em procedimentos fragmentados está em uma nova postura das ações vinculadas à responsabilização, vinculação, cuidado e à criação de projetos terapêuticos adequados a cada usuário, levando em consideração sua singularidade. Sendo necessário um fluxo contínuo, monitorado e estando articulado em uma rede de diálogo que busca a produção do cuidado pelos diversos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários. Procura-se,

ainda, a autonomia do usuário no seu modo de viver, disponibilizando informações, suporte que favoreçam suas escolhas (MALTA; MERHY, 2010).

A integralidade do cuidado só é obtida em rede. Quando uma equipe de saúde em um determinado serviço de saúde consegue articular sua prática, almejando atender às necessidades de saúde dos indivíduos, pode-se dizer que há uma integralidade focalizada (CECILIO; MERHY, 2003).

A linha de cuidado pressupõe uma rede de serviços que suporte as ações necessárias e o projeto terapêutico do usuário que conduzirá o processo de trabalho e os recursos disponíveis à assistência (MALTA; MERHY, 2010).

Essa linha está entrelaçada em uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde, sendo suas práticas traduzidas pelo conceito de integralidade em sua tradução de práticas cuidadoras. Os princípios que norteiam as linhas de cuidado são o acolhimento, que desenvolve ações coletivas e individuais, adquirindo a responsabilidade pelos problemas de saúde da população, estabelecendo um atendimento em linha e não por serviço. Já a responsabilização implica no comprometimento com os problemas e demandas do usuário, tornando-se corresponsável com o processo saúde-doença, desempenhando práticas profissionais embasadas no respeito e considerando o contexto de vida e trabalho, desenvolvendo a atenção integral à saúde e atentando para as necessidades dos diferentes grupos populacionais. Por fim, o desenvolvimento da autodeterminação implica na responsabilização da equipe e os serviços de saúde pela solução dos problemas, por meio de ações qualificadas e eficazes, permitindo ao usuário sua autonomia na condução do seu andar na vida (CECIM; FERLA, 2006).

A promoção de ações e serviços de saúde com garantia de acesso, atenção integral, resolutiva, humanizada e em tempo adequado são maneiras de diminuir a fragmentação da atenção. Buscando a consolidação do cuidado integral, o Ministério da Saúde tem instituído diversas portarias e decretos que visam reorientar o cuidado.

A portaria 4.279/10 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, visando diminuir a fragmentação da atenção e gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoando o funcionamento político-institucional do Sistema, possibilitando que o usuário tenha acesso às ações e serviços de que necessita de maneira efetiva e integral. A rede de atenção à saúde é definida como arranjos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Já o decreto 7.508/11 regulamenta a lei 8.080/90 e orienta, frente à organização do SUS, o planejamento da saúde, a sua assistência e a articulação interfederativa. O decreto aponta as portas de entrada às ações e aos serviços nas Redes de Atenção à Saúde, que compreendem a atenção primária (que ordena o cuidado universal e igualitário, de acordo com o risco individual e coletivo e no critério cronológico), a qual será atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais acesso aberto - serviço específico para pessoas que em virtude de seus agravos ou situação laboral que necessitem de atendimento especial (BRASIL, 2011b).

E a portaria 3.088/11 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. São pontos de atenção da RAPS: Atenção Básica, Equipe de Consultório na Rua, Centros de Convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Atenção a Urgência e Emergência, Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial- Comunidade Terapêutica, Atenção hospitalar com leitos em hospital geral. As estratégias de desinstitucionalização são os Serviços Residências Terapêuticos e o Programa de Volta pra Casa. A Reabilitação Psicossocial é composta por iniciativas de geração de renda/ empreendimentos solidários/cooperativas sociais (BRASIL, 2011c).

A RAPS prevê uma articulação entre os serviços com a responsabilização pelo cuidado em qualquer ponto de atenção. O cuidado é pensado em uma acolhida ampla ao sofrimento psíquico, no entanto, se o usuário apresenta outras necessidades além dos problemas psiquiátricos, elas necessitam ser consideradas, pois esses outros agravos fazem parte de sua vida e de seus familiares. Em relação às doenças crônicas, esse cuidado pode estar relacionado à prevenção, autocuidado, oficinas com estratégias para uma vida mais saudável.

As doenças crônicas, muitas vezes, estão permeadas de superstições populares e a maneira como o indivíduo vivencia o acometimento por essas doenças interfere em seu tratamento. Logo, é importante que o usuário entenda sua enfermidade, os riscos e a importância de mudar seu estilo de vida. Os profissionais necessitam atentar para a educação em saúde, possibilitando a o usuário, a partir do seu entendimento frente à doença, poder escolher os

melhores caminhos, visando à continuidade e eficácia do tratamento (SOUZA, 2014).

Os serviços de saúde mental, por romperem com as instituições de caráter totalitário, propõem-se a trabalhar a autonomia e a reinserção na sociedade, visando, assim, que o usuário possa acessar outros serviços, não recebendo o cuidado em um só lugar. No entanto, essa postura não poderá limitar os profissionais a compreenderem outras necessidades que o mesmo necessite.

Como o usuário tem buscado atenção ao seu problema de saúde, nos possibilitará reconhecer as potencialidades e os desafios que ele encontra na rede, sua rede de suporte e como os profissionais compreendem suas demandas.

Não se trata apenas de desenvolver rotinas e protocolos almejando identificar e realizar ações preventivas, faz-se necessário compreender o contexto específico de cada encontro entre a equipe e os usuários, sendo utilizado o conhecimento técnico para o desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais. Contudo, essas intervenções são ofertadas de acordo com o contexto de cada encontro. Esses encontros proporcionam dois movimentos realizados pelos profissionais: a compreensão ampliada das necessidades de saúde e a análise do significado para o outros das demandas encontradas e das ofertam que visam atender essas necessidades (MATTOS, 2004).

4 Metodologia

4.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, do tipo estudo de caso.

A pesquisa qualitativa responde questões muito particulares, pois trabalha com um universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes. Esses fenômenos são percebidos como parte da realidade social, uma vez que o ser humano se distingue não só por agir, mas por refletir sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2011).

Estudos de caso são utilizados na necessidade de compreender fenômenos sociais complexos, possibilitando encontrar as características holísticas e significativas da vida real (YIN, 2010).

Os estudos de caso são utilizados na investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções em torno de uma situação, um fenômeno ou episódio em questão. Sendo úteis na geração de conhecimento na significação de eventos vivenciados, como intervenções e processo de mudança (MINAYO, 2010).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um CAPS tipo II, em Pelotas, localizado no bairro Fragata. A escolha do local foi intencional, tendo em vista o vínculo anterior da pesquisadora com esse serviço, quando a mesma ainda era acadêmica de Enfermagem e realizava atividades de extensão nesse. A escolha foi reforçada pela vinculação da pesquisadora ao local durante a realização do mestrado, pois o estágio de docência orientada foi ali realizado, favorecendo a (re) construção dos vínculos com os usuários.

O município de Pelotas possui uma população composta por 328.275 habitantes (IBGE, 2010). Possui uma rede de atenção à saúde que possui 49 Unidades Básicas de Saúde, 37 com ESF, 01 Centro de Especialidades, 02 centros de Especialidades Odontológicas, 01 Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), 06 Centros de Atenção Psicossocial-(CAPS) tipo II, 01 CAPS i e 01 CAPS ad do tipo III. O município está se organizando para a implementação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), ainda em fase de estruturação (PELOTAS, 2015). Conta com 06 hospitais, sendo dois universitários e apenas um dos útlimos 100% SUS. Assim como, 02 ambulatórios vinculados à Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Foi inaugurado, no ano de 2015, o Centro de Diabetes e Hipertensão (CDH), por meio da Faculdade de Medicina- UFPel, com a proposta de atender, a partir de encaminhamentos pela UBS, via Secretaria Municipal de Saúde, os pacientes diabéticos do tipo I e II e com diabetes gestacional que necessitam de supervisão, além dos hipertensos de difícil controle e suspeitos de hipertensão secundária (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2015).

O município de Pelotas-RS, está dividido em seis distritos sanitários: Três Vendas I e II, Centro/Porto, Areal/Laranjal, Colônia e Fragata. O distrito Fragata é composto por 05 UBS com ESF e 03 UBS tradicionais. A população estimada para este distrito é de 207.162 pessoas. Fazem parte desse território os serviços: CAPS Castelo, CAPS Fragata, UBS COHAB Fragata (12.950 habitantes), UBS COHAB Guabiroba (18.784 habitantes), UBS Dom Pedro I (4.280 habitantes), UBS Fraget (70.000 habitantes), UBS Pam Fragata (70.000 habitantes), UBS Simões Lopes (10.148 habitantes) e UBS Virgílio Costa (21.000 habitantes) (PELOTAS, 2014; 2015) Nesse distrito, está situado o ambulatório da UFPel.

4.3 Participantes do Estudo

Fizeram parte do estudo cinco usuários de um CAPS que tinham o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes *mellitus*.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Ser usuário do CAPS; ser maior de 18 anos; ter diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes *mellitus*.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Incapacidade de verbalização.

4.4 Princípios Éticos

Foram mantidos os princípios éticos que constam na resolução 466/12², do Ministério da Saúde, que orienta pesquisas envolvendo seres humanos, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), que, no Capítulo III, fala a respeito dos deveres nos artigos 89, 90 e 91 e das proibições nos artigos 94 e 98³.

Inicialmente, foi realizado contato com a coordenação geral de saúde mental do município, visando a autorização para a realização da pesquisa. Após a autorização da coordenação geral de saúde mental, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo parecer favorável nº 1.054.576. No intuito de manter o anonimato dos participantes, serão suprimidos seus nomes e utilizada a inicial "U" referindo-se ao usuário, sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (U1, U2, U3, U4 e U5). No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) informa que, além do anonimato, o pesquisado poderá desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo ao participante.

Os dados coletados serão armazenados por um período de cinco anos, sob responsabilidade da orientadora da pesquisa, os documentos impressos ficarão guardados em armário e os dados em meio digital, em uma pasta especifica em seu computador e em CD, ambos na Faculdade de Enfermagem. Após esse período, os arquivos serão excluídos. As gravações de áudio também serão apagadas de qualquer meio e os documentos impressos serão incinerados.

2

² Resolução nº 466/2012: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora, sob ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

³ Capitulo III (dos deveres): Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação, Art. 90. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa, Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capitulo III (das proibições): Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos, Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

4.4.1 Riscos e Benefícios

Esta pesquisa pode oferecer como riscos aos seus participantes o desconforto frente aos questionamentos. No momento em que o usuário não se sentir a vontade de manter a fala, seu desejo será respeitado. O conhecimento gerado, a partir da pesquisa, pode vir a contribuir para um cuidado integral, pautado nas necessidades dos usuários.

4.5 Coleta de Dados

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A), foi realizada a coleta de dados, no período de maio a setembro de 2015. Inicialmente, foram realizados os convites aos usuários para a participação da pesquisa. Nesse momento, houve a explicação dos objetivos da mesma, sanadas dúvidas frente a ela e disponibilizado o TCLE. Nesse sentido, foi questionado para cada um se gostariam que eu realizasse a leitura, dessa maneira, foi realizada a leitura na íntegra para dois usuários (U1 e U2). A realização das entrevistas, na maioria das vezes, foi em uma sala de atendimento do CAPS Fragata, em um ambiente reservado. Durante a realização da pesquisa, a U1 que pediu para realizar a entrevista na sala da oficina, estando presente a artesã do serviço e a U4, em nosso segundo encontro, solicitou que a entrevista fosse realizada em sua casa.

A coleta de dados foi realizada com a abordagem História de Vida Focal (HVF), escolhemos esse recurso por compreendermos que são os usuários que vivenciam o adoecimento e, a partir de então, constroem suas trajetórias em busca do cuidado.

A HVF têm sua origem na história oral, por meio dessa, minorias culturais e grupos discriminados têm encontrado espaços para expor suas experiências. A história oral é utilizada para elaboração de estudos referentes à vida social das pessoas, sendo a história do tempo presente e reconhecida como a história viva (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Possui três gêneros distintos: tradição oral, que possui uma proximidade com a etnografia, pois não se limita apenas as entrevistas, mas a apreensão dos fenômenos a partir do convívio com o grupo. Já a história oral temática é usada na busca de esclarecimentos de casos polêmicos, contraditórios e conflitantes, sendo o

assunto central definido e neste caso o aspecto subjetivo apresenta-se limitado (MEIHY; HOLANDA, 2011). Por fim, a história oral de vida contempla um longo percurso da vida deste sujeito da infância até o momento da entrevista (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Na pesquisa em saúde, a história de vida busca deter-se em apenas um evento ou época da vida. Dessa maneira, foi atribuída a denominação História de Vida Focal, ao buscar, através das narrativas, a experiência de adoecimento e busca de cuidado às necessidades de saúde, em um determinado momento (BELLATO et al, 2008). Nessa pesquisa, o evento específico está no acometimento por hipertensão e/ou diabetes *mellitus e,* como evento sentinela, a dificuldade de adesão e manutenção de tratamento.

No local estudado, foi realizado um levantamento de usuários que possuem doenças crônicas a partir da indicação da enfermeira do serviço, foram escolhidos cinco usuários que, em sua trajetória terapêutica, possuem o evento especifico (hipertensão e/ou diabetes mellitus) e o evento sentinela (dificuldade de cuidado, adesão e manutenção do tratamento). No decorrer do trabalho, o evento sentinela não foi observado no período de coleta, apenas em momentos anteriores, estando relatado nas entrevistas dos usuários.

A entrevista é uma conversa realizada por iniciativa do pesquisador, destinada à construção de informações pertinentes ao mesmo. Na utilização de entrevista aberta, ou em profundidade, o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando feitas, buscam reflexões profundas (MINAYO, 2010).

A observação participante (Apêndice C) foi utilizada no decorrer da pesquisa. Para Minayo (2011), consiste no pesquisador se colocar como observado de uma situação social, ficando em uma relação direta com seu interlocutor no espaço social da pesquisa, pois participa da vida e do cenário cultural. Dessa maneira, coleta dados e compreende o contexto da pesquisa.

O principal instrumento de organização da observação é o diário de campo. Nele, as impressões do pesquisador, que vão se modificando com o tempo, são relatadas em conversas informais e observações contraditórias de comportamentos com as falas, dentre outros aspectos (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas a partir de uma pergunta norteadora: "Faleme como o senhor (a) tem buscado o cuidado para hipertensão e/ou diabetes?"

(Apêndice B). Durante a realização das entrevistas, foi utilizado um gravador digital, entretanto, ao realizar as demais entrevistas os usuários (U1, U2, U3 e U4), solicitaram a não utilização do gravador. Logo, foi atendida sua solicitação e os dados oriundos destas entrevistas foram descritos no Diário de Campo (DC) e, posteriormente, foram utilizados com a identificação "DC" e a data em que ocorreu essa.

A entrevista não ocorreu em apenas um encontro (Tabela 4), tendo em vista a necessidade de ouvi-la e identificar os possíveis pontos frágeis em relação ao relato do usuário, os quais necessitem um aprofundamento maior, dessa maneira, é imprescindível mais de um encontro.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu a proposta operativa de Minayo, que se inicia por meio das transcrições fidedignas das entrevistas, agrupando os resultados em categorias e subcategorias, visando encontrar respostas para a questão norteadora.

Para Minayo (2010, p. 316), a análise "consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado".

A análise está dividida em três etapas: Pré-análise, quando se dá a escolha dos documentos que devem ser analisados, visando retornar aos objetivos iniciais, estando a pré-análise dividida em leitura flutuante, quando é necessária uma relação direta e ativa com o material do campo, possibilitando a impregnação do conteúdo; a constituição do corpus se refere ao universo estudado como um todo e deve responder algumas normas de validade qualitativas, tais como, a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; finalizando as etapas da pré- análise, está a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos que retoma a etapa exploratória, utilizando a leitura exaustiva do material as indagações iniciais (MINAYO, 2010).

A segunda etapa consiste na exploração do material. Nesse processo se dá a categorização que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. A divisão em categorias reduz o texto em expressões relevantes. E, por fim, na terceira estapa, ocorre o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, o pesquisador propõe inferências e interpretações, relacionando com o

quadro teórico estabelecido anteriormente ou novas possibilidades de teóricas e interpretativas, apontadas após a leitura do material (MINAYO, 2010).

4.7 Divulgação dos Dados

Os resultados desse estudo serão apresentados e discutidos na dissertação de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), UFPel, e na elaboração de artigos científicos que serão encaminhados para periódico indexado da área da enfermagem ou afins. Ainda, será marcado um encontro, em um dia de assembleia no CAPS, para a divulgação dos dados com a equipe de saúde e usuários. Assim como, apresentação dos dados para a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

5. Apresentação dos dados

5.1.1 Contextualizando o município

A primeira referência histórica ao surgimento do município é em junho de 1758, quando o Coronel Thomáz Luiz Osório recebeu doação de terras que ficavam às margens do canal são Gonçalo e arroio Pelotas. Já em 1780, o português José Pinto Martins funda, às margens do arroio Pelotas, a primeira charqueada. A favorecida localização e a prosperidade no setor estimulou a criação de outras charqueadas, iniciando o povoamento da região. Em 07 de julho de 1812, é fundada a freguesia São Francisco de Paula, sendo elevada a vila em 1832 em em 1835, a vila começou a ser chamada de Pelotas, nome oriundo das embarcações de varas forradas em couro e utilizada na travessia dos rios na época (OLIVEIRA, 2007).

O município está situado às margens do Canal São Gonçalo, que liga as lagoas dos Patos e Mirim, estando na confluência das rodovias BR 116, BR 392 e BR 471, localizada a 250 km de Porto Alegre, da fronteira com o Uruguai, a 135 km por Jaguarão e a 220 km pelo Chuí, e a 600 km da fronteira com a Argentina. Em relação as ferrovias, está interligado ao ramal que dá acesso ao Porto de Rio Grande, a capacidade de tração do tronco São Borja/Rio Grande varia de 600 e 1000 toneladas. Já seu porto está situado no canal São Gonçalo e possui três armazéns alfandegários. Seu sistema de hidrovias é formado pelo Arroio Pelotas, Canal São Gonçalo e Lagoa dos Patos. Possui um aeroporto que está equipado para receber aviões de grande porte e apresenta quatro salas de embarque e desembarque (PELOTAS, 2015).

Em relação à economia, a região de Pelotas é a maior produtora de pêssego para conservas do país, além da produção de aspargos, pepino, figo e morango.

Responde por 28% da produção de arroz, 10% da produção de grãos, 16 % do rebanho bovino de corte e bacia leiteira com produção de 30 milhões de litro/ ano. Possui, ainda, indústria têxtil, metal mecânica, curtimento de couro e de pele, entre outras. Apresenta um importante centro comercial situado em galerias, calçadão e no comércio nos bairros (PELOTAS, 2015).

O município apresenta um importante polo estudantil para a região e o estado, possui a Universidade Federal de Pelotas – UFPel e a Universidade Católica de Pelotas- UCPel. As Faculdades Anhanguera Educacional e a Tecnologia do Senac, assim como, unidade polo para cursos a distância. Em relação ao ensino técnico, apresenta o Instituto Federal Sul Rio Grandense – IF-Sul e outras três instituições privadas.

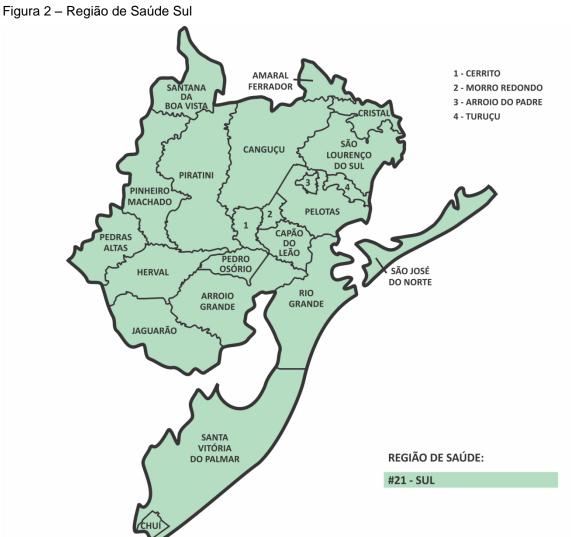
A população esta composta por 152.326 homens e 172.283 mulheres, totalizando 328.275 de habitantes. A população com idades entre 40 a 64 anos totaliza 46.134 homens e 55.100 mulheres (IBGE, 2010).



Figura 1 - Mapa do Rio Grande do Sul

5.1.2 Contextualizando a rede de saúde do município

O município de Pelotas se encontra no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, atendendo a 22 municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e, em algumas ações, como, por exemplo, saúde do Trabalhador, atende também aos 6 municípios da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (PELOTAS, 2007).



Fonte: Coordenadoria de Saúde RS, 2015.

Tabela 1- Unidades de Saúde do Município de Pelotas

Unidade de Saúde	Distrito	Unidade de Saúde	Distrito	
Arco Íris 1	Zona Norte	Fraget	Fragata	
Areal I	Zona Norte	Getúlio Vargas	Zona Norte	
Areal Fundos- UFPel	Areal/ Praias	Grupelli	Colônia - 7º Distrito	
Balsa	Centro/Várzea	Jardim de Allah	Zona Norte	
Barro Duro	Areal/Praias	Laranjal	Areal/Praias	
Bom Jesus	Areal/Praias	Leocádia	Areal/Praias	
Cascata	Colônia- 5º Distrito	Monte Bonito	Colônia - 9º Distrito	
Cerrito Alegre	Colônia - 3º Distrito	Navegantes	Centro/Várzea	
COHAB Fragata	Fragata	Obelisco	Areal Praias	
COHAB Guabiroba	Fragata	Pam – Fragata	Fragata	
COHAB Lindóia	Zona Norte	Pedreiras	Colônia - 9º Distrito	
COHAB Lindóia	Zona Norte	Pestano – UCPel (CAIC)	Zona Norte	
COHAB Pestano	Zona Norte	Puericultura	Centro/ Várzea	
COHAB Tablada I***	Zona Norte	Py Crespo	Zona Norte	
COHAB Tablada II***	Zona Norte	Sanga Funda	Zona Norte	
Colônia Maciel	Colônia - 8º Distrito	SANSCA	Centro/Várzea	
Colônia Osório	Colônia - 4º Distrito	Santa Silvana	Colônia - 6º Distrito	
Colônia Triunfo	Colônia - 8º Distrito	Santa Terezinha- UCPel	Zona Norte	
Colônia Z-3	Areal/Praias	Simões Lopes	Fragata	
Corrientes	Colônia – 2º Distrito	Sítio Floresta	Zona Norte	
Cordeiro de Farias	Colônia - 5º Distrito	União de Bairros	Zona Norte	
CSU Cruzeiro	Areal/Praias	Vila Municipal – UFPel	Zona Norte	
CSU Areal – UFPel	Areal/Praias	Vila Nova	Colônia - 7º Distrito	
Dom Pedro I	Fragata	Vila Princesa	Zona Norte	
Dunas	Areal/Praias	Virgílio Costa	Fragata	
Fátima – UCPel	Centro/Várzea			

Fonte: PELOTAS, 2007.

^{***}Cohab Tablada I e II: foram substituídas por apenas uma unidade denominada Salgado Filho, em maio de 2015 (PELOTAS, 2015).

Tabela 2 – Unidades de Saúde Tradicionais

Unidade de Saúde	Distrito		
Balsa	Centro/ Varzea		
Cascata	Colônia- 5º Distrito		
COHAB Lindóia	Zona Norte		
CSU Areal – UFPel	Areal/Praias		
CSU Cruzeiro	Areal/Praias		
Fraget	Fragata		
Jardim de Alá	Zona Norte		
Pam Fragata	Fragata		
Puericultura	Centro/ Várzea		
Salgado Filho	Zona Norte		
Santa Silvana	Colônia - 6º Distrito		

Fonte: PELOTAS, 2015.

Tabela 3- Unidades de Saúde do Território Fragata com ESF

UBS	Número de Equipes	Implantação ESF
COHAB Fragata	2	2014
COHAB Guabiroba	2	2014
Dom Pedro I	3	2012
Passo do Salso****	1	2013
Simões Lopes	3	2002
Virgílio Costa	1	2014

Fonte: PELOTAS, 2015.

**** Unidade funcionado, atualmente, em conjunto com a unidade Virgílio Costa, pois aguarda finalização da obra.

5.1.3 Contextualizando o território

O município de Pelotas foi formado a partir de sete estâncias: do Pavão, São Tomé, Santana, Santa Bárbara, Monte Bonito, Pelotas e Feitoria. A estância de Pelotas iniciou a povoação do município por ser a mais antiga. A estância São Tomé pertenceu a Antonio dos Santos Aloyo, este negociou suas terras com Manoel Moreira de Carvalho – originou o nome do arroio que passava por suas terras, Arroio Moreira. Manoel vendeu metade de suas terras Alexandre da Silva Baldez e Francisco Araújo Rosa, sendo que esse último vendeu suas terras para Antonio Francisco dos Anjos- contra mestre de navios. Logo, seu filho, que tinha seu mesmo

nome, foi apelidado de Fragatinha, referente a uma embarcação. Seu apelido acabou dando origem ao nome do arroio e, consequentemente, todo arredor. A estância Santa Bárbara ficava de fundo aos arroios Fragata, Santa Bárbara e São Gonçalo e de Frente para a Serra de Tapes (OLIVEIRA, 2007).

O bairro Fragata era a antiga estância Santa Bárbara, uma área extensa que iniciava no arroio Santa Bárbara- sendo que seu percurso foi desviado pelo canal atualmente conhecido pelo mesmo nome. Devido ao surto de cólera vivenciado no século XIX na cidade, os sepultamentos foram suspensos na área central - antigo cemitério católico. Logo, surge o Campo Santo, inaugurado em 1855, e, atualmente, chamado Cemitério Ecumênico São Francisco de Paula, sendo um dos maiores necrópoles da região sul. Diversas personalidades foram importantes para a construção do bairro, que surge a partir de armazéns de beira de estrada. Entretanto, cabe destacar o senhor Carlos Ritter, proprietário, juntamente com seu irmão, da cervejaria Ritter. Carlos Ritter plantou em toda a extensão da avenida conhecida, atualmente como Duque de Caxias, eucaliptos. Sua residência, após seu falecimento, foi adquirida pelo município, tornando-se o Instituto de Higiene Borges de Medeiros, núcleo de saúde pública administrado, também, pelo governo estadual. Atualmente, o prédio pertence à Universidade Federal de Pelotas, onde está localizada a Faculdade de Medicina da Universidade (OLIVEIRA, 2007).

No que diz respeito á história da saúde mental, o município acompanhou as trajetórias das mobilizações dos trabalhadores em saúde, buscando um atendimento digno e humanizado aos usuários.

Sua história, em Pelotas, começa em 1991, quando inicia a inserção de uma equipe de saúde mental atuando como consultora nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizando ações preventivas através de grupos e oficinas. Uma dessas equipes, ao trabalhar na UBS Simões Lopes Neto, percebe a necessidade de organizar outro modo de assistência, superando a executada até o momento, que contemplava apenas a entrega de receitas. Assim, cria-se o grupo de egressos de internações psiquiátricas. Essa proposta foi divulgada na unidade de saúde e na realização das visitas domiciliares (WILLRICH; KANTORSKI, 2008).

Dessa maneira, o primeiro serviço com características extra-hospitalar fundado para o atendimento e reinserção social do portador de transtorno psíquico foi o serviço de atenção diária em saúde mental do Bairro Simões Lopes Neto, em

1993, e cadastrado como Centro de Atenção Psicossocial em 2002 (WILLRICH; KANTORSKI, 2008).

O CAPS Fragata inicia suas atividades em 1992, como um Serviço de Atenção à Saúde Mental na UBS Virgílio Costa, atendendo um grupo de pessoas que faziam uso de psicofármacos. O espaço oferecido na UBS já não estava mais comportando o número de pessoas que buscavam atendimento. Então, em 1996, é inaugurado um espaço próprio para as atividades ao lado da UBS, este serviço passa a disponibilizar serviços diários de oficinas, visitas domiciliares, atendimento em grupo e individual. Através da mobilização de usuários, familiares e profissionais, o CAPS se transfere para outro prédio. A inauguração deste prédio e o seu cadastramento como CAPS ocorre em 25 de abril de 2002, com a presença do Coordenador Nacional de Saúde Mental Pedro Gabriel Delgado (SCHRANK, 2006).

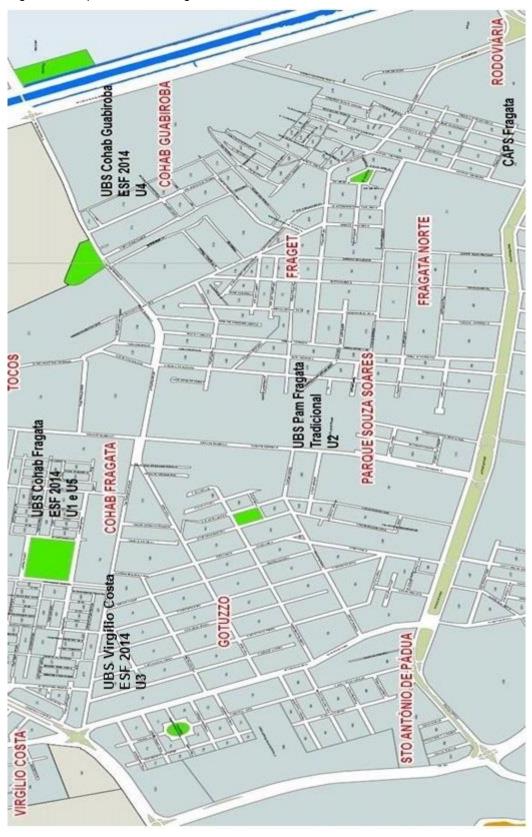


Figura 3 - Mapa do Bairro Fragata

Fonte: Prefeitura Municipal de Pelotas, 2012.

5.2 Apresentação dos participantes e suas trajetórias

Neste subcapitulo, apresento, num primeiro momento, a caracterização dos participantes e, após, suas trajetórias terapêuticas. Dos 5 (cinco) usuários, 4 (quatro) eram mulheres; as idades foram compreendidas entre 42 a 64 anos; com baixa escolaridade; estado civil, separado, e a fonte de renda, a aposentadoria. Em relação às internações psiquiátricas, 3 (três) usuários relatam internações, totalizando 24 (vinte e quatro) internações. A tabela 4 apresenta a descrição detalhada dos participantes.

Tabela 4- Caracterização dos Participantes

	U1	U2	U3	U4	U5
Evento	DM	HAS	HAS/ DM	HAS	HAS
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	64	56	47	51	42
Escolaridade	Sem	Sem	Ensino	Fundamental	Fundamental
	Escolaridade	Escolaridade	Médio	Incompleto	Incompleto
Estado Civil	Casada	Separada	Separada	Separada	Casado
Filhos	01	02	0	2	1
Profissão	Aposentada	Do Lar	Aposentada	Doméstica	Aux. Serviços Gerais
Renda	Aposentadoria	LOAS*	Aposentadoria	Aposentadoria	Aposentadoria
Internação Psiquiátrica	0	1	20	0	3
Entrevista I	26/05	28/05	01/06	09/06	12/08
Entrevista II	15/07	16/07	15/07	14/08	30/09
Entrevista III	21/07	21/07	21/07		
Acompanhamento **		18/06			

^{*}BPC/LOAS: Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993).

^{**}Acompanhamento: foi realizado acompanhamento da usuária em um laboratório de análises clínicas.

5.2.1 Usuária 1

É uma senhora de 64 anos, aposentada, casada há 30 anos com seu companheiro, tem um filho de 27 anos. Analfabeta, não frequentou a escola, pois sua mãe era muito doente, ficando a responsabilidade do cuidado a sua pessoa. Descobriu ser diabética há pouco tempo, não sabe precisar a data. O fato de ser diabética lhe mobiliza muito e prefere que nossa entrevista seja feita juntamente com a artesã do serviço, como uma forma de sentir-se protegida. Logo, nossa primeira entrevista acontece na sala de oficinas, estando apenas nós três. A artesã fica organizando os materiais enquanto sentamos ao redor da mesa e começamos a conversar. Explico a pesquisa e faço a leitura, na integra, do termo de consentimento livre e esclarecido. Nos primeiros minutos, sua fala estava contida apenas nos questionamentos, contudo, com o passar do tempo, seu discurso começa a surgir mais naturalmente. Encontrávamo-nos diariamente no serviço.

Relata que descobriu ser diabética em uma consulta no posto de saúde (Virgílio Costa), O médico da unidade solicitou exames e, ao retornar com os resultados, o "açúcar estava tão alto" que ela teve que ir de SAMU para o hospital, ficou em observação e depois voltou para casa. Realizava o acompanhamento com a nutricionista antes de descobrir o diabetes e ressalta:

Ela que me tratou. Ai eu não acreditei! Eu disse que não que eu não tinha (diabetes)[...] Dava a folha com o que eu tinha que comer. Eu tenho a folha lá em casa [...]. [U1]

Em relação ao diabetes *mellitus*, o acompanhamento é realizado pela unidade de saúde do território, assim como a vacinação para gripe e outras consultas, quando necessárias. As medicações para a DM, não precisa comprar, pois retira na farmácia popular. Já utilizou o Ambulatório da UFPel para problemas relacionados à visão, mas não recorda como se deu o encaminhamento. Realiza o acompanhamento de suas dores na coluna no Ambulatório da UCPel, que, atualmente, está localizado no antigo hospital psiquiátrico Olivé Leite. Nesse serviço, são solicitados exames que realiza via Sistema Único de Saúde, entretanto, as medicações prescritas, todas, necessitam ser compradas. Nesse serviço ocorreu o diagnóstico de Parkinson e a prescrição da medicação⁴:

-

⁴ Levodopa+ Benserazida ou Levodopa + Carbidopa: indicado para o tratamento do Parkinson (BRASIL, 2011d).

Faz quase três meses, ele me deu na segunda consulta. Acho errado ele não fazer nenhum exame para fazer o diagnóstico. Agora terminou a medicação e comecei a tremer. (DC-15/07/2015).

Em relação ao tratamento no CAPS, afirma que os profissionais do ambulatório da UCPel sabem todas as medicações que faz uso, pois, na consulta, seu marido levou. Realiza as consultas desde fevereiro deste ano, mas não recorda como se deu sua entrada nesse serviço.

Em relação ao sentir-se acolhida nos serviços de saúde, a mesma destaca seu bem estar no ambulatório da UCPel:

[...] Os doutores, são doutores bons! (Ambulatório) Sabe como é que ele me trata lá? [...] Ele me trata de querida. (pausa). Por mais que eu seja assim. [U1]

Quando sugiro que ela me conte um pouco melhor sobre a frase "por mais que eu seja assim", ela descreve:

Assim!(voz tremula) (pausa). Eu ando desarrumada, eu não ando arrumada [...] Eu não tenho meus dentes, eu tenho medo de arrancar por causa do açúcar. [...] [U1]

Na última consulta no ambulatório, foi prescrita Sinvastatina⁵ para o colesterol, contudo, ela não sabia por que estava usando esta medicação e trouxe para a artesã do CAPS e a mesma informou:

[...] Eles viram o exame e mandaram eu tomar esse remédio. Mas não tinham me dito para o que era. Ai eu descobri. Como é que eu estou tomando uma coisa sem saber pra o que é? Ai eu vou levar para a professora (artesã), para ela me dizer pra que que era. Ai ela me disse. Agora eu vou tomar ele, eu tô com o colesterol alto. [U1]

Nega internações psiquiátricas e afirma frequentar o CAPS há alguns anos. O CAPS, sempre que possível, realiza orientações almejando que ela consiga realizar as mudanças no estilo de vida e estabilização dos valores da glicemia que estão habitualmente elevados. Durante a realização da observação participante, foram realizadas, em conjunto com os acadêmicos do 8º semestre de Enfermagem -

_

⁵ Sinvastatina: Dislipidemia, associado dieta. Prevenção primária e secundária de cardiopatia isquêmica (BRASIL, 2011d).

UFPel, duas atividades de educação em saúde no CAPS, uma, abordando questões frente à hipertensão e, a outra, à Diabetes *mellitus*. Durante essa última intervenção, a usuária não se sente bem, e outra usuária, amiga da U1, começa a falar, do outro lado da sala, palavras de apoio para que a mesma pare com o tremor. A usuária, ainda não se sentindo bem, é acompanhada para a sala da enfermagem.

Em relação às medicações que utiliza, ela relata que utiliza Fenergam⁶, Haldol⁷, Fluoxetina⁸ e Metformina⁹.

[...] Eu tomo Fenergam, Fluoxetina, o Haldol. [...] Então eu tomo fluoxetina de manhã e dois para o açúcar. E esse aqui é um por noite (sinvastatina). [U1].

Relata que, quando não está bem, o marido lhe auxilia com as medicações:

[...] Às vezes quando estou muito atrapalhada, muito nervosa é o (marido). que cuida dos remédios e me dá [...]. [U1]

⁷ Haloperidol: Manifestações agudas e controle da esquizofrenia e transtornos psicóticos ((BRASIL, 2011d).

_

⁶ Fenergan: Anafilaxia- adjuvante (BRASIL, 2011d).

⁸ Cloridrato de Fluoxetina: Transtorno Depressivo, Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (BRASIL, 2011d).

⁹ Cloridrato de Metformina: Diabetes melito tipo 2 em pacientes obesos (BRASIL, 2011d).

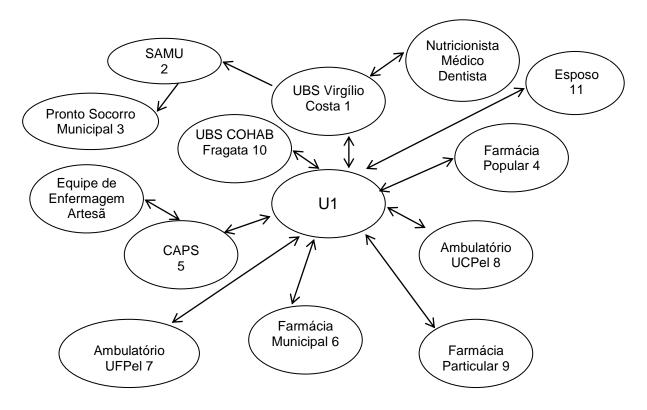


Figura 4 - Trajetória Terapêutica Usuária 1

Legenda:

- 1- UBS Virgílio Costa: usuária começa a não se sentir bem, médico solicita exames. Ao retornar a unidade com o resultado do exame, os resultados estão alterados. Realizou acompanhamento com a Nutricionista da unidade de saúde, assim como, com o Dentista.
- 2- SAMU: é acionada devida alteração dos exames, encaminhada para o Pronto Socorro Municipal.
- 3- PSM: fez medicação, ficou por algumas horas em observação e foi liberada.
- 4- Farmácia Popular: retira as medicações para o diabetes mellitus gratuitamente.
- 5- CAPS: Encaminhada, no mês de julho, pela enfermeira do CAPS para avaliação clinica na UBS COHAB Fragata. O serviço, sempre que possível, realiza apoio frente sua dificuldade com o diagnóstico de diabetes *mellitus*.
- 6- Farmácia Municipal: Retira as medicações psiquiátricas gratuitamente.
- 7- Ambulatório UFPel: Não recorda quem a encaminhou, mas buscou atendimento para a visão. Atualmente, não realiza acompanhamento nesse local.
- 8- Ambulatório UCPel: Usuária não recorda quem a encaminhou para esse serviço, mas afirma que foi pela intensa dores nas costas. Relata estar consultando com um médico especialista de coluna e iniciou o vinculo com este serviço em fevereiro/2015. Diagnóstico de Parkinson.
- 9- Farmácia Particular: Compra as medicações prescritas pelo ponto de atenção 8.
- 10- UBS COHAB Fragata: Consulta nessa unidade, ressaltando que, agora a unidade da Virgílio Costa só vai atender quem mora na Gotuzzo e como ela mora na COHAB, ela vai ser atendida nessa unidade agora.
- 11- Esposo: quando não consegue organizar sua medicação sozinha, o marido lhe auxilia.

5.2.2 Usuária 2

Senhora de 57 anos, analfabeta, frequentou a escola, mas, sua mãe a retirou, pois "não conseguia aprender nada". Sabe escrever seu nome, pois aprendeu mais tarde, em uma escola em Jaguarão, onde havia aulas para adultos. Nasceu em Canguçu, mas, após se casar, foi morar em Jaguarão, reside há cinco anos em Pelotas com a filha. Possui um casal de netos. Separada há 9 anos, teve dois filhos, uma menina e um menino. O menino morreu aos 10 anos, por complicações em seu estado de saúde, já que tinha hidrocefalia. Sua mãe morreu três meses antes (suicídio) da morte do filho e o pai, um ano depois, decorrente do diabetes. Tentou suicídio, tomou as medicações que tinha em casa e foi levada para o hospital geral, ficou lá por oito dias. Depois, foi internada por 9 meses, no sítio Renascer, em Jaguarão. Utilizava, em Jaguarão, o posto de saúde próximo de sua casa. Lá, era atendida por um médico que trabalhou no posto por alguns anos e depois saiu da unidade para abrir um consultório. Descobriu a hipertensão na gestação do menino. Esse médico, que lhe acompanhava devido aos problemas cardíacos, também estava presente na sala de parto.

Em relação ao vínculo com esse profissional, relata:

[...] já acostumei com ele [...]. E ele já me tirou das mãos da morte! E então eu tenho uma fé nele [...]. E se eu vou consultar com outro eu não vou ter a fé que eu tenho nele [...]. [U2]

Tenho uma veia dilatada no coração há muitos anos. Ele era médico do posto, mas depois ele abriu um consultório. Agora no consultório a consulta mais o eletro é cem reais. (DC- 16/07/2015).

Mesmo com a especialidade de cardiologista, o mesmo atenta para usuária frente as suas necessidades, como os fragmentos a seguir:

O cardiologista me encaminhou para o posto para uma consulta com o clinico geral, para conseguir passar por uma psiquiatra já que estava precisando, isso quando eu ainda morava em Jaguarão. (DC- 16/07/2015)

Desde então, ela vai, a cada seis meses, a Jaguarão, apenas para consultar com esse especialista, em Pelotas, nunca consultou com cardiologista. As medicações para o coração necessita comprar, para a hipertensão, retira na farmácia popular. As medicações psiquiátricas, poucas vezes, precisou comprar e retira na farmácia municipal.

Em relação aos exames solicitados pela médica da UBS, salienta que:

[...] Agora mesmo ela me deu dez tipos de exames para fazer tudo pelo SUS, eu não tinha dinheiro. Eu disse para ela que não tinha dinheiro. [...] saia duzentos e pouco os dez tipos de exames. E ai ela me deu tudo pelo SUS [...]. [U2]

Os exames quem pediu foi o doutor (médico de Jaguarão) só que a receita dele é particular. Ai eu tirei pelo posto os mesmo exames que ele tinha me dado. A doutora só passou na folha para o SUS, os exames que ele tinha me dado. Eu vi com a receita dele particular ali onde eu fiz o exame de sangue saia 195,00 reais se particular. Ai não, vou tirar pelo posto, porque eu não vou ter condição de pagar. Fizeram sem problema nenhum. (DC—21/07/2015).

O período entre a consulta na UBS Pam Fragata e a marcação do exame demorou um mês:

O mês passado [...] bem ligeirinho [...]. [U2]

Na realização dos exames de sangue, foi realizado o acompanhamento da usuária nesse serviço, como descrito a seguir:

Chego no laboratório às 06:40, a usuária já está no local. Há outros usuários aguardando a realização do exame. O exame é agendado, e no caso dela foi há um mês, mas no dia é realizada a coleta por ordem de chegada. A usuária mostra-se bem articulada e demonstra já conhecer os profissionais daquele serviço (observei apenas o da recepção), o laboratório é um ponto de coleta, logo o espaço do mesmo é pequeno. Quando eu cheguei ela estava conversando com os demais da fila. (DC- 18/06/2015).

Em relação aos horários em que toma as medicações e as quantidades:

[...] eu tomo três remédios para depressão [...] Tomo dois para o coração, tomo o remédio da pressão, mais o diurético que eu tomo, é uns quantos remédios por dia. [U2]

Quando apresenta dificuldades com o uso de diversas medicações, sua filha tem o cuidado de dividir as medicações em caixinhas nos turnos da manhã, tarde e noite:

[...] Não às vezes quando não tá funcionando muito a cabeça, a guria me controla. A guria minha me controla os remédios. Ela coloca em uma caixinha [...] ai nas caixinhas eu sei. [U2]

O tratamento para a disfunção na tireoide inicia em Jaguarão, com o médico Cardiologista e a prescrição do Puran®¹⁰. Depois, já em Pelotas, foi solicitado encaminhamento, via UBS Pam Fragata, para o ambulatório de Medicina da UFPel.

Cheguei lá com a prescrição do Puran de 200mg pelo Dr. (de Jaguarão) e dai a médica (do ambulatório) foi diminuindo foi para 100, 75 e agora esta 50 mg (DC– 21/07/2015).

Em relação ao atendimento inicial no ambulatório, a mesma salienta:

No ambulatório é só chegar com o encaminhamento do posto que eles agendam. Às vezes demora outras vezes não, a última demorou um mês e pouco. (DC - 16/07/2015).

Relata que se sentiu desassistida pelo ambulatório, pois o mesmo lhe deu alta, sendo que, no caso dela, pela tireoide, precisa ser acompanhada sempre.

[...] Tem que ser um especialista e ali era especialista e me deu alta. E ai a doutora (do posto) disse pra mim que ela (a médica do ambulatório) não poderia me dar alta, que o problema na tiroide não tem cura [...] Eu não gostei porque são muito desinteressados, sei lá, a médica mesmo me deu alta que não podia ter me dado [...]. [U2]

Em relação à maneira como as orientações das medicações são fornecidas, a usuária apontou:

[...] a mesma coisa é o remédio da tiroide, doutor nenhum me disse que tinha que tomar o remédio separado da tiroide. Eu tomava tudo junto e não pode tomar o remédio da tiroide tudo junto com os outros tem que tomar meia hora antes dos outros remédios e eu tomava tudo junto. Uma médica aqui da faculdade (ambulatório) que me disse que eu tinha que tomar os remédios sempre separados [...]. [U2]

A usuária, durante a construção de suas trajetórias, relata que realizou consultas em diversas unidades de saúde do território e aponta as justificativas:

Sempre tive dificuldade de consultar, mas sempre consegui a consulta. Quando não conseguia em um, eu ia em outro, às vezes, por falta de

¹⁰ Levotiroxina Sódica: Tratamento de manutenção em hipotireoidismo (BRASIL, 2011d).

médico, às vezes falta de atenção também, porque as vezes não querem atender a gente (DC – 16/07/2015).

Quando não se sente bem, procura o posto de saúde, mas tem uma vizinha que trabalha no hospital que verifica sua pressão quando ela solicita:

[...] É eu acho que é no clinicas, ai ela trabalha lá. Ai eu vejo que eu estou meio ruim, eu meço a pressão as vezes está um pouquinho alta, um pouquinho baixa [...] e peço para ela apontar no caderninho pra mim [...]. [U2]

Em relação à acolhida na UBS Pam Fragata e UBS Virgílio Costa, relata:

Às vezes tem umas estúpidas, tem outras que são muito queridas. Aqui, neste postinho da Pinheiro, são muito queridas as gurias [...] Lá no (pausa) aquele lá, no Virgílio, nem quase dão atenção pra gente [...] Eu fui tirar ficha duas vezes lá, a primeira vez eu peguei ficha [...] depois nunca mais peguei ficha. Ai não fui mais. [U2]

Em relação ao preconceito por ser do CAPS, quando vai a outros serviços de saúde, geralmente, não fala que recebe atendimento no CAPS, mas afirma que nunca percebeu preconceito:

[...] eu nunca digo! Ai já vão dizer é do CAPS é louca! Primeira coisa que vão dizer [...] Não, que eu estar sentindo não! (preconceito). [U2]

A usuária faz pães e bolos para aumentar a renda, realiza a venda para os outros usuários do CAPS, profissionais do serviço e vizinhos do condomínio onde mora, entretanto, relata:

Agora eu estou parando de vender lá no condomínio, tenho medo de perder o benefício, o LOAS, por alguma denuncia. E Deus me livre perder o beneficio, eu gasto mais de duzentos reais com as medicações do coração. É tudo muito caro, às vezes se come guisado o mês inteiro porque a carne é cara (DC-16/07/2015)

Em relação às consultas com a nutricionista na UBS Pam Fragata:

Olha eu disse pra ela, que eu estava decidida a não ir mais, porque eu não emagreço, não adianta, não adianta eu vim aqui (UBS) e ficar "bobiando" se eu não emagreço (DC- 21/07/2015)

Enfermeira Ambulatório UFPel 6 Nutricionista Médica **UBS** Pam Fragata 5 Laboratório13 Farmácia Médico de Popular 10 Jaguarão Vizinha 9 3 **UBS** Viraílio UBS de U2 Costa: Fraget: Jaguarão 1 Dom Pedro 8 Farmácia Farmácia Municipal Municipal Pelotas 11 Jaguarão CAPS 7 Farmácia Hospital de Particular Jaguarão 2 Sitio Renascer Filha 14 12

Figura 5 – Trajetória Terapêutica Usuária 2

Legenda:

- 1- UBS de Jaguarão: enquanto morava nesse município, realiza a busca por cuidado nesse serviço, assim como, as consultas de pré-natal.
- 2- Hospital de Jaguarão: Devido à hipertensão, necessita fazer uma cesárea. O médico que a acompanhava no posto está, também, na sala de parto.
- 3- Médico de Jaguarão: estabeleceu uma relação de confiança e atualmente realiza consultas com o mesmo a cada seis meses.
- 4- Farmácia Municipal de Jaguarão: Quando residia nesse município, retirava suas medicações, nesse serviço.
- 5- Sítio Renascer: tentou suicídio e ficou internada por nove meses no sítio Renascer.
- 6- UBS Pam Fragata: Esta é sua unidade de referência, utiliza a unidade desde que começou a morar em Pelotas. Realiza consultas com a médica do posto, entretanto, a mesma refaz a solicitação do médico de Jaguarão, para que a usuária não necessite arcar com o pagamento dos exames. O acompanhamento com a Nutricionista desistiu, pois não conseguia perder peso, já a enfermeira é citada na verificação de pressão, esta que não necessita de agendamento.
- 7- Ambulatório da UFPel: Devido aos problemas oriundos da tireoide, a mesma foi encaminhada pela UBS, já recebeu alta deste serviço.
- 8- CAPS: realiza atendimento no CAPS desde o ano passado.
- 9- UBS Virgílio Costa, UBS Fraget e UBS Dom Pedro I: Utiliza estas unidades quando não consegue atendimento em sua unidade de referência.
- 10- Vizinha: é técnica de enfermagem e a auxilia no acompanhamento da pressão, quando não esta se sentindo bem.
- 11- Farmácia Popular: Retira as medicações para a hipertensão.
- 12- Farmácia Municipal: Retira as medicações prescritas pelo CAPS.
- 13- Farmácia Particular: Compra duas medicações para o coração.
- 14- Laboratório de Analises Clínicas: Realiza os exames solicitados pelo ponto de atenção 6.
- 15- Filha: quando não consegue se organizar com as medicações, a filha lhe auxilia, dispondo as medicações em caixinhas identificadas com os turnos manhã, tarde e noite.

5.2.3 Usuária 3

Aposentada, 48 anos, separada, ensino técnico incompleto em Contabilidade, possui 15 internações no Hospital Espírita de Pelotas e, 5, no Olivé Leite. Relata que as suas internações têm relação com as desconfianças e com as tentativas de suicídio. Possui uma relação muito difícil com o irmão e mãe, que moram com ela, na Cascata. Costuma internar muito no final de ano, data em que se separou do marido. Trabalhou, na juventude, em um bar e na Laneira - empresa de manufatura de lã, atualmente, sem atividade devido à falência.

A usuária recebeu o diagnóstico de hipertensão e de diabetes *mellitus* ao buscar atendimento no Pronto Socorro Municipal, devido dores nas pernas, após as agressões do irmão que mora com ela. Ao receber atendimento, é encaminhada para o Pronto Atendimento, que fica próximo ao Pronto Socorro, e é atendida, também, pela Assistente Social do Serviço, tendo em vista que já estava há 15 dias sem retornar para casa, estando hospedada na residência da prima e, naquele momento, gostaria de retornar ao lar. A equipe de Enfermagem do CAPS, por diversas vezes, já havia realizado o encaminhamento para o posto de saúde, mas não obteve sucesso.

Eu descobri uns três ou quatro meses, no PS. [...] Aqui (CAPS) a (Tec. Enf), verificou várias vezes a minha pressão e estava alta e ela me deu encaminhamento para o postinho [...]. [U3].

Durante o atendimento no Pronto Socorro Municipal, relata que foi bem atendida, porque percebem que possui transtorno mental. A partir de seu relato, quando questionada se sentiu algum preconceito por parte dos profissionais, a mesma nega:

No PS eu sou bem atendida, porque eles logo percebem que eu tenho problemas mentais [...] (preconceito) Não isso não!.[U3]

A última vez que verificou, a pressão estava elevada e relata dores:

Eu sinto dores nas fontes, nos olhos e na nuca. Agora faz tempo que eu não sinto, mas quando eu sentia, eu já pedia para verificar a pressão. Estava dezesseis por nove. [...] E eu achava que com isso eu não corria perigo! [...] A minha pressão ela oscila. Oscila de acordo com o meu estado emocional. Até por isso que eu perguntei naquela oficina que teve aqui (CAPS), que eu assisti as oficinas que teve aqui sobre hipertensão e diabetes [...] [U3].

Em relação à dor nos olhos, foi orientada, pelo médico do CAPS, a procurar um profissional especialista:

Aqui (CAPS) o doutor, eu falei pra ele, e ele disse como eu sinto dor no fundo dos olhos, era para consultar com um oftalmologista ao invés de ir à ótica. Eu fiz até empréstimo no banco pra pagar o oftalmologista e otorrino, mas não fui. Não fiz óculos na ótica e acabei ajudando todos em casa [...] O ano passado. Acabei gastando tudo ajudando todos em casa. Com o dinheiro que eu tirei, a mãe foi pra Gravataí com a minha irmã e me deixou como meu irmão sozinha. E ele bebeu, me agrediu. [...] Eu dormi uma noite ao relento. [...] [U3]

Quando questionada frente ao seu conhecimento a respeito da hipertensão e da diabetes *mellitus*, ela relata o uso de Paracetamol¹¹ ou Alivium¹², almejando diminuir a dor:

[...] Eu não sei! Quando eu sinto dor eu tomo paracetamol ou alivium. Sentir dor é ruim. E eu busco alivio no paracetamol. Alivia a dor, nas fontes, nos olhos e na nuca. Diabetes é um nível alto de açúcar no sangue [U3].

Em relação aos atendimentos e encaminhamentos realizados pelo CAPS, visando que a mesma conseguisse atendimento para o tratamento da pressão alta, ela relata:

[...] eles (profissionais do CAPS) cansaram de me avisar para ir ao posto de uma vez. Eles me avisaram mais de uma vez. Se eu sentir dor de cabeça eles verificam a pressão. [...] Se eu não estiver sentindo nada, eu não peço. Só se eu me sentir mal mesmo. Porque eu estou muito nova para pedir para verificar a pressão. [U3]

A relação entre a usuária e o CAPS é peculiar, tendo em vista que a mesma mora na zona rural e, com esta mudança de endereço, o CAPS Fragata não seria referência para o atendimento. Entretanto, devido ao vínculo que a usuária possui com o serviço, optou-se por manter os atendimentos e a mesma continua vinculada ao serviço. O CAPS, para a usuária, é a possibilidade de apoio:

Daqui da saúde mental eu tenho toda a atenção que eu preciso. Em casa, eu não estou tendo nenhum apoio. Eu tenho contado com a ajuda e o apoio aqui do CAPS mesmo. [U3]

¹² Ibuprofeno: Febre, tratamento de inflamações musculoesqueléticas, dor leve a moderada, incluindo dismenorreia e cefaleia (BRASIL, 2011d).

_

¹¹ Paracetamol: Dor leve a moderada, febre e enxaqueca (BRASIL, 2011d).

Relata que, uma vez, procurou a UBS Fraget, mas por não morar na cidade, acabou se perdendo no bairro e não a encontrou. Assim como, sem encaminhamento, procurou duas vezes o ambulatório da UFPel, mas não foi atendida, pois o serviço estava com a agenda cheia. Utilizou a UBS Pam Fragata há algum tempo:

O Pam do Fragata é um posto bom. Mas tem que chegar no horário, tem que chegar ali seis horas da manhã e é atendida por um clínico. [U3] (DC-15/07/2015).

Com o encaminhamento da enfermeira do CAPS, ela conseguiu atendimento na UBS Cascata:

Foi fácil consultar, cheguei perto da uma hora e consegui consultar com a clinica geral, verificou a pressão e estava 140X90 mmHg e pediu requisição de exames, pediu exames para descobrir a hipertensão e hemograma completo. Me encaminhou para um oftalmologista e um otorrino. Não precisei ir pra fila, só cheguei lá e consultei, porque tinha pouca gente [U3]. (DC- 15/07/2015).

A maior preocupação é a necessidade de permanecer em jejum para a realização dos exames solicitados na consulta na UBS Cascata:

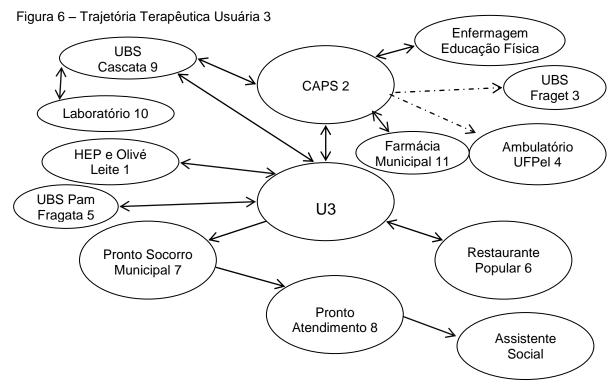
A coleta é das 07 às 08 da manhã e é por ordem de chegada. O pior é ficar doze horas em jejum, sem o cafezinho, será uma missão impossível! Porque tem que ficar das sete até a sete do outro dia. Tu sabe o que é isso? Ficar só a base de água? [U3] (DC- 15/07/2015).

Quanto ao uso de café e tabaco, a mesma afirma:

Não sei quantas xicaras de café tomo ao dia, já perdi as contas, mas é mais de cinco. E café tem que ter um pito (cigarro). O cafezinho pede um cigarro. O cigarro depende: se é o feito, fumo de dois a três maços por dia. Se o fumo é de enrolar (desfiado), um pacote dura o dia inteiro. [U3]

Frente ao tratamento para a hipertensão e o diabetes *mellitus*, a médica só vai iniciar depois de receber os resultados do exame. Relata que vai iniciar atividades de educação física no CAPS.

Só estou esperando o resultado dos exames para começar a usar as medicações, a médica quer saber a origem da pressão alta. Vou iniciar a educação física com o professor (CAPS) e ele pediu para eu não fumar antes da caminhada. [U3] (DC- 21/07/2015).



Legenda:

- 1- Hospital Espirita de Pelotas (HEP) e Olivé Leite: possui 15 internações no HEP e, 5, no Olivé Leite.
- 2- CAPS: utiliza o serviço na modalidade intensiva. O serviço vem realizando diversos encaminhamentos para o acompanhamento da hipertensão.
- 3- UBS Fraget: buscou a unidade, devido ao encaminhamento do CAPS, mas não obteve sucesso, pois, como mora no interior, não encontrou a unidade.
- 4- Ambulatório UFPel: buscou o serviço duas vezes, mas foi informada que não poderia ser atendida devido a superlotação da agenda.
- 5- UBS Pam Fragata: Já utilizou esse serviço em momentos anteriores.
- 6- Restaurante Popular: por morar no interior e necessitar ficar todo dia no CAPS, a mesma utiliza para realizar suas refeições.
- 7- Pronto Socorro Municipal (PSM): Depois das agressões do irmão, buscou esse serviço com dores nas pernas.
- 8- Pronto Atendimento: O pronto socorro municipal (PSM), identificando a necessidade de atendimento devido aos níveis pressóricos elevados, a encaminha para esse serviço. Acolhida, também, pela Assistente Social, tendo em vista seu desejo em retornar para a casa e as agressões do irmão.
- 9- UBS Cascata: iniciou a investigação para o diabetes *mellitus* e a hipertensão.
- 10- Laboratório de Analises Clínica: Foi encaminhada para esse serviço pelo ponto de atenção 7.
- 11- Farmácia Municipal: Retira as medicações prescritas pelo CAPS.

5.2.4 Usuária 4

Usuária, 51 anos, natural de Pedro Osório, reside em Pelotas há vinte e dois anos. Possui ensino fundamental incompleto, 4ª série (morava no interior e o acesso à escola era difícil), doméstica e, atualmente, encontra-se aposentada. Relata que conseguiu se aposentar com auxílio doença, por meio de um advogado, porque tinha onze anos de contribuição para o INSS. Divorciada, possui dois filhos, a menina com 17 anos e o menino 15 anos. A filha mora próximo de sua casa e está casada há quatro anos, já o menino, reside com ela. Nega internações psiquiátricas e relata que descobriu a hipertensão há algum tempo (não recorda o período precisamente), contudo, foi antes de iniciar o tratamento no CAPS (vinculada a esse serviço há quatro anos).

Foi ao posto, pois não se sentia bem:

[...] desânimo no corpo, muita dor de cabeça e nas fontes [...]. [U4]

Em relação aos valores da pressão, na maioria das vezes, estão elevados:

[...] eu mesmo já me levanto com a pressão mesmo lá nas alturas. A minha pressão eu às vezes nem meço aqui, antes de caminhar. Porque ela esta sempre dezoito por doze. [...] É sempre alta! Tem dias que eu enxergo até uns "arguerinho"- é uma coisinha preta que tem no olho. Que tu enxerga correndo assim. Parece uma mosquinha. [U4]

Após descobrir a hipertensão, precisou mudar a alimentação e, quando não se sente bem, evita andar sozinha. Antes, não fazia uso correto da medicação, somente a utilizava quando não se sentia bem.

Faz anos que eu tomo o remédio da pressão, mas eu não tomava diariamente como eu tomo agora. Eu tomava só quando eu tava com dor de cabeça, quando eu tava ruim que eu tomava [...]. [U4]

Faz uso de Enalapril¹³, Fluoxetina⁸, Carbamazepina¹⁴, Diazepam¹⁵ e Haldol⁷. Usa, também, um diurético, contudo, não recorda o nome. Conforme o relato:

Maleato de Enalapril: Hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca e prevenção de cardiopatia isquêmica (BRASIL, 2011d).

Carbamazenina: Crisco convulsivos resolutions.

¹⁴ Carbamazepina: Crises convulsivas parciais simples e complexas, convulsões tônico-clônicas generalizadas e transtorno bipolar, durante a ausência ou intolerância ao lítio (BRASIL, 2011d).

Eu tomo de manhã, meio dia e de tarde. É três vezes ao dia. Às vezes, quando eu estou com muita dor de cabeça, de madrugada, eu me levanto para tomar o remédio da pressão. (DC 14/08/2015)

Três vezes ao dia o enalapril e um remédio diurético que eu não sei como é o nome, que é de manhã. Os meus remédios todos são três vezes até os calmantes tudo, são três vezes ao dia [...] É o fluoxetina, carbamazepina, diazepam e o haldol. Só o Haldol que é um à noite. [U4]

Em relação às medicações prescritas, onde são retiradas e se há necessidade de comprar, afirma:

Eu pego na farmácia popular. Só quando não tem que a gente tem que comprar. Tanto aqui quanto na municipal. [U4]

Relata que, em alguns momentos, acaba se atrapalhando com as medicações e a filha lhe ajuda a se reorganizar:

[...] É muito remédio. Tu vai e pega um, às vezes eu tomo junto, outras vezes eu não tomo. É ai eu pego todos e vou botando um de cada um. E ai tomo, tudo junto [...]. [U4]

Sempre utilizou a UBS Guabiroba, mas, como mora de aluguel, quando morava em outra parte do bairro, já utilizou a UBS Fraget. Atualmente, sua unidade de saúde é a Guabiroba. Os profissionais da unidade sugeriram que ela frequentasse a unidade para acompanhar a pressão:

As gurias do posto disseram que eu fosse medir a pressão durante uma semana corrida, mas eu não vou. (DC- 14/08/2015).

No CAPS, quando sua pressão está elevada, é realizado o encaminhamento para a UBS:

Eu meço aqui! (CAPS) [...] Elas me encaminham para lá, para o posto, daqui a Enfermeira. [U4].

Na unidade Guabiroba, já consultou com a Nutricionista e com o Dentista, para o atendimento com ambos não necessita ir para a fila:

A nutricionista não é difícil, a gente vai ali e marca fica agendado. Mas, eu parei de fazer comecei a sentir fome e a tremer as mãos, ai parei. O dentista é pela manhã, tu vai ali sexta e agenda pra semana. Procurei para tirar (dente), mas esta até inflamado e ai não deu. (DC-14/08/2015)

1

Diazepam: Tratamento do estado de mal epilético, ansiedade generalizada e insônia transitória. Adjuvante na anestesia geral (BRASIL, 2011d).

A última consulta com o Médico foi há um ano. Para conseguir consulta, necessita ir para a fila, mas relata que, há aproximadamente quatro meses, houve mudanças no atendimento:

Colocaram as fichas só para quem é da Guabiroba e pode ir para fila às 06 horas da manhã. Antes, era preciso ir à 01 hora para conseguir atendimento. Porque gente de tudo que era lugar vinha consultar pra cá. (DC- 14/08/2015).

Para retirar as receitas, também necessita retirar ficha para consulta, só não precisa quem tem uma carteirinha que ela ainda não possui. Se for ao posto, só para verificar a pressão, não é difícil. Reforça que:

Eu sempre tenho que tirar ficha pra pegar as novas receitas, mas as gurias ali, as enfermeiras, tinham dito que eu pegasse a carteirinha para pedir as receitas. Ai era só pedi ali na frente. Ai eu não fui. Dependo do médico é difícil de tirar a ficha, mas só para acompanhar, pra ti medir a tua pressão não precisa entrar na fila é só fazer uma ficha. (DC- 14/08/2015).

Relata que já teve dificuldade em retirar ficha e ficou sem conseguir as receitas, permanecendo sem medicação, mas por poucos dias:

As vezes tu vai e não consegue ficha, ai tu passa e fica um tempo, uns dias, sem o remédio da pressão, esperando para pegar as receitas. Consegui as medicações com a vizinha, ela toma as mesmas. Dai quando eu conseguia a consulta, eu devolvia a medicação emprestada. (DC- 14/08/2015).

Essa vizinha, que conseguia as medicações, era do pátio da casa anterior. Já na casa onde reside atualmente, quando percebe que não está bem, solicita para a vizinha de baixo que ela verifique sua pressão, com o aparelho no pulso.

Esses dias, à noite, a minha pressão estava 18 por 10, estava quase me dando uma coisa, estava me dando uma tremura, uma ânsia de vômito. Ai a minha vizinha debaixo mediu a minha pressão. Ai ela me mandou tomar o meu remédio (DC-14/08/2015)

Em relação à aquisição das medicações para a pressão, no ano passado, na última revisão, a médica aumentou a dose do Enalapril¹³:

Cheguei na farmácia e não consegui retirar as medicações, porque estava na receita Enalapril de 20mg e farmácia só tem de 10 mg. Ai tem que ir ao posto para arrumar a receita, colocar de 10 e aumentar as caixas, porque agora eu tomo dois. (DC- 14/08/2015).

Relata que, em alguns meses atrás, voltou a utilizar a unidade de saúde Fraget, pois uma colega do CAPS (que é muito articulada com a rede de saúde) retirou uma ficha para ela. Como já consultava lá, não teve problema, pois está com endereço antigo.

Lá a minha ficha está com o outro endereço, ai eles me atenderam. Eu fui por causa de uma dor no meu braço. Ai ele me deu uma injeção para fazer para a dor. A minha consulta foi às 13h30min da tarde, não sei que horas ela tirou a ficha. Eu só fui lá porque ela tirou uma ficha pra mim para o clínico geral. (DC- 14/08/2015).

Em relação ao CAPS, começou o tratamento por causa da depressão, sendo encaminhada pela UBS Guabiroba:

[...] De lá pra cá me mandaram para o CAPS. Do posto me mandaram pro CAPS, pra fazer o tratamento aqui, para os nervos [...]. [U4]

Os nervos eu já tenho há muito tempo, mas quando eu perdi a minha mãe e o pai, é difícil é que foi um atrás do outro. (DC- 14/08/2015).

Parou de ir todos os dias no CAPS, porque prefere a atividade física, não gostou muito de fazer o artesanato. Mudou por conta própria e vai agora só na atividade física, grupo de expressão e grupo de medicação.

Todos os dias eu chegava de lá e tinha que tomar remédio para dor de cabeça, de ver aquela gente assim. Agora eu vou, só três vezes na semana, o ideal era eu ir de segunda a sexta. Ai eu parei de ir por conta. Eu disse que ia ficar só na rua. Ali é muito transtorno, ficar ali dentro a gente fica mais doente do que a gente é. Ali não dá, chegava gente de tudo que é tipo se queixando, brigando e chorando. Me deixava mais nervosa. (DC-14/08/2015)

Descreve, muito animada, as atividades de educação física que realiza, tanto as caminhadas no próprio bairro, quanto a utilização dos aparelhos de ginástica na praia do laranjal:

[...] os exercícios, eu gosto da caminhada, de fazer educação física, de fazer esteira eu gosto. A gente faz exercícios lá na praia, muito bom, eu gosto (sorrisos). Três vezes. É tudo pelo CAPS. A gente vai com o professor [educação física] [...]. [U4]

Relata que, antes de fazer atividade física proposta pelo CAPS, não costuma verificar a pressão, só verifica se não estiver se sentindo bem. Já necessitou verificar e a pressão estava muito alta, assim, o profissional a orientou para ir para a casa. Algumas vezes, já foi para a atividade de educação não se sentindo muito bem e

não falou nada, para não a encaminharem para casa novamente, porque gosta de fazer essa atividade.

Não, só se eu estiver ruim e pedir pra elas medirem. Uma vez a pressão estava alta e o professor pediu para eu ir pra casa. Às vezes eu estou tão ruim e eu vou igual, porque eu gosto. (DC- 14/08/2015).

No início de nossa primeira entrevista, a usuária falava somente quando questionada, já em nosso segundo encontro, que, por seu pedido, foi realizado em sua casa, a mesma encontrava-se falante, abordando outros assuntos e, inclusive, me levou para conhecer parte do bairro Guabiroba, mostrou-me a unidade de saúde na qual consulta, os comércios da vizinhança e aguardou comigo a chegada do ônibus.

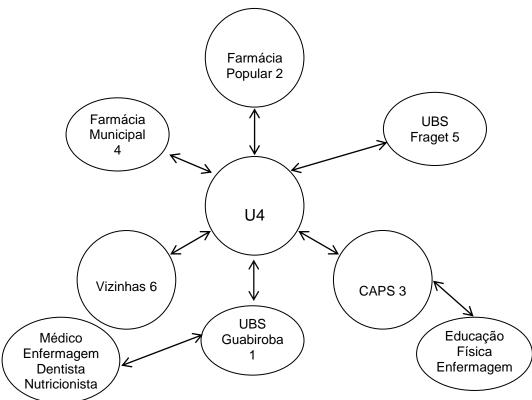


Figura 7 – Trajetória Terapêutica Usuária 4

Legenda:

- 1- UBS Guabiroba: esse serviço realizou o diagnóstico para a hipertensão, assim como, o encaminhamento para atendimento no CAPS. Realiza consultas de revisão das medicações com médico (precisa retirar ficha), verifica a pressão com a equipe de enfermagem apenas quando não se sente bem (não necessita agendar, só aguardar), atendimento com a nutricionista com o intuito de diminuir o peso, atualmente, não realiza o acompanhamento (consulta por agendamento), já o atendimento com o dentista foi necessário para uma extração que ainda não foi possível (consulta por agendamento).
- 2- Farmácia Popular: retira as medicações prescritas para o tratamento da HAS.
- 3- CAPS: realiza o acompanhamento da depressão, participando dos grupos de medicação, expressão e educação física. A equipe de enfermagem possui um papel importante no acompanhamento da HAS, realizando quando necessário o encaminhamento para o ponto de atenção 1.
- 4- Farmácia Municipal: retira as medicações prescritas pelo CAPS
- 5- UBS Fraget: Utiliza essa unidade quando necessário. Quando morava em outro ponto do bairro, essa foi sua unidade de referência por um período.
- 6- Vizinhas: quando fica em falta da medicação ou quando necessita verificar a pressão já obteve auxilio das vizinhas.
- 7- Filha: quando se desorganiza com as medicações a filha possui um papel importante.

5.2.5 Usuário 5

Usuário, 42 anos, casado, uma filha, ensino fundamental Incompleto, 7ª série, auxiliar serviços gerais (costumava trabalhar em fábrica em obra, curtume e arrozeira), atualmente, está aposentado.

[...] eu fazia serviços gerais. Pegava enxada, trabalhava em obra. Era o que tinha naquele tempo quando eu trabalhava. Trabalhava em obra, trabalhava na Vega, na Oderich, trabalhava em curtume, trabalhava assim: no que tinha feição para pegar eu pegava, não escolhia muito não. Precisava trabalhar [...]. [U5]

Descobriu a hipertensão com quatorze anos, o médico cardiologista do centro de especialidades (não recorda, faz muito tempo, se houve algum tipo de encaminhamento) diagnosticou a hipertensão e sopro. Não seguiu o tratamento porque achava que já estava se sentindo melhor, dessa maneira ficou durante anos sem o uso da medicação.

Com quatorze anos, me deu uma dor muito forte na nuca. Eu acho que foi dai que o médico já viu o problema de coração e já viu o problema de pressão alta também [...] Eu devia estar com uns dezoito anos. Ai comecei a sair para o baile, ai já não queria mais saber de remédio de tratamento. [U5]

Durante muitos anos, antes de conhecer sua esposa, dançava break e saia com os amigos. Atualmente, dança em casa.

Quantos bailes eu fui, que eu dançava break mesmo, nós íamos para estes lugares todos. Ai, depois, ia pra festa de rock, porque eu era assim, eu não gostava só de break, eu gostava de tudo que era tipo de música e nós saíamos de um lugar e nós íamos pra outro. Festa, eu aproveitei até dizer chega, então agora eu estou em casa, deitado, olhando televisão. [...] Eu ainda danço só em casa, de vez em quanto, eu ligo o som, boto as músicas. Danço mais ou menos, mas que nem antes, não sou mais. Foi bom aquele tempo ,que pena que passou [...] [U5]

Em relação ao seu conhecimento frente à pressão alta, o mesmo afirma:

Nunca procurei saber, eu sei que eu tenho, mas nunca eu procurei a causa. [U5]

Em 1996, começou a surgir os primeiros sinais da esquizofrenia e o uso da maconha.

Que os meus sonhos eram só sonhos bonitos. Eu sonhava com coisa verde, com as pessoas conversando comigo, de repente, me passa para a cova, caixão e lobisomem, eu nunca tinha visto aquilo. Eu acordava e já acordava com a cabeça ruim mesmo, me acordava mal. Eu disse o que eu vou fazer com isso? Ai eu chorava, mas chorava sozinho, não falava para mãe, nem nada, a minha mulher que via. E ai, eu fui à casa de um colega meu. Olha (nome do amigo) estou passando isso e isso, não sei o que eu vou fazer [...]. Ai ele disse: tu estas com stress e depressão, fuma ai! E eu apavorado, não sabia o que fazer peguei e fumei e ali começou o vicio da maconha[...] De vez enquanto, mas aquela coisa de todos os dias, não quero mais. Para mim não fecha mais, sabe? Vai lá, lá não tem, vai lá naquele outro (em relação às bocas de fumo), não, não. Vou ali se não tem ali deu! [U5]

Possui três internações psiquiátricas, em maio do ano passado, foi a última com duração de um mês. Internou, pois acabou brigando com os irmãos.

[...] eu não estava tomando os remédios, ai, eu achei que eu ia me curar. Porque eu achei que eu não ia mais precisar tomar esses remédios. Eu nunca aceitei esse negócio da cabeça, que diz que eu tenho. Agora depois, de um tempo pra cá, eu até acredito que alguma coisinha eu tenha, na cabeça mesmo [...]. [U5]

Em relação às medicações que utiliza, atualmente, para a hipertensão são a Losartana¹⁶, Hidroclorotiazida¹⁷, Diurix®¹⁷ e o médico suspendeu, recentemente, o Captopril¹⁸ e a nova medicação não recorda o nome.

Eu estou tomando os meus remédios que eu tenho que tomar. Lorsatana, Hidroclorotiazida, até tem que buscar esse, o Diurix, me parece o nome, e tem mais outro que agora eu não me lembro do nome, um novo que eu estou tomando. É de manha e de noite todas. [...] Só o Captopril que eu não estou tomando mais, porque o doutor tirou. [U5]

Afirma que retira as medicações na farmácia da UBS COHAB Fragata, na farmácia popular e duas medicações necessita comprar.

O diurix tem no posto, se eu não me engano, o hidroclotiazida também tem. E os outros que agora eu não me lembro do nome pra ti dizer. A Losartana

_

¹⁶ Losartana Potássica: Segunda escolha nos casos de intolerância ao IECA. Nas indicações: insuficiência cardíaca congestiva (ICC); hipertensão arterial sistêmica (HAS); profilaxia de acidente cerebrovascular em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda; nefropatia diabética em pacientes com diabetes melito tipo 2 e história de hipertensão (BRASIL, 2011d).

¹⁷ Hidroclorotiazida: ICC; HAS e edema de diferentes causas (BRASIL, 2011d).

¹⁸ Captopril: urgência hipertensiva (BRASIL, 2011d).

eu tiro na farmácia popular [...] em tem outros dois remédios que eu estou tomando também, esses tem que comprar [...]. [U5]

Em relação à maneira como consegue as receitas na unidade de saúde

[...] Até eu nem preciso falar com a médica do posto, por que eu chego lá, falo com as enfermeiras, elas já me dão a receita já [...]. [U5]

As outras medicações que faz uso são as prescritas pelo CAPS: Biperideno¹⁹, Carbamazepina¹⁴, o Diazepam¹⁵ e outro que não recorda o nome. Já quem realiza a retirada das medicações na Farmácia Municipal, é sua mãe.

As outras são esses negócios aqui do CAPS, o biperideno, o carbamezepina, o diazepam e o outro cor de laranja eu não sei o nome [...]. [U5]

Em relação ao tempo que retomou o uso das medicações, afirma que não estava se sentindo bem e decidiu seguir o tratamento corretamente.

[...] Dai, eu comecei a caprichar no tratamento de uns tempos pra cá. Porque daí eu comecei a sentir calor à noite, inverno frio e eu com um calorão. Tinha que tirar moletom e a camisa. E ai eu sentia aquele calor forte. Fui ao médico, estava 250 por 150, a pressão estava muito alta. Ai eu disse eu vou tomar os remédios direitinho antes que me dê alguma coisa [...]. [U5]

A mãe realiza uma vigilância constante em relação ao uso das medicações. A esposa também contribui nesse cuidado.

É a mãe! É a mãe e a minha esposa. [...] A mãe que fica tomou os remédios (nome do usuário)? Tá faltando esse, tá faltando aquele. Eu moro nos fundos e ela mora na frente. Ela que leva pra mim, quando ela não vai levar eu já peço, já porque é para não dar problema nenhum [...]. [U5]

Como apresentou falta de ar, diminuiu o uso do cigarro e parou com o uso da maconha.

[...] O cigarro até não que eu consegui diminuir, me deu falta de ar. Tinha uma abertura no peito aqui assim. Ai o que aconteceu? Ai com a tal fumaça, aquela, eu parei. [U5]

Necessitou utilizar a UBS COHAB Fragata recentemente devido à falta de ar e, a partir dos resultados dos exames solicitados, foi encaminhado para o centro de especialidades, para a consulta com o cardiologista. A mãe ficou preocupada com

¹⁹ Cloridrato de Biperideno: distúrbios motores decorrentes do uso de neurolépticos (BRASIL, 2011d).

encaminhamento da médica para o centro de especialidades e logo agendou uma consulta particular com receio que a consulta via SUS necessitasse aguardar alguns meses.

A doutora pediu pra eu fazer esse eletrocardiograma, exame de sangue e o raio x.[...] O eletro eu fiz na Santa Casa. O raio-x do tórax também foi na Santa Casa e o exame de sangue agora eu não me lembro onde é que foi o exame de sangue. [...] Ai ela olhou assim, é teu coração tá crescido. Eu vou te encaminhar para o cardiologista [...] Mas a mãe achou estranho, ai a mãe achou que ia demorar muito. Ai resolveu pagar. [...] O outro ela pagou ali na Beneficiência. Ai ele falou vamos fazer um eco pra ver que tamanho é esse coração. Ai mediu pressão, a pressão estava 18 por 7 [...] Chegamos lá 14 horas acho e que saímos 19 horas [U5]

Na consulta no centro de especialidades, ocorre um descontentamento com a conduta do médico em não considerar importante a realização do exame que o médio particular solicitou.

Aí a gente foi no pessoal do SUS chamou no centro de especialidades ali.[...] Um mês, não demorou muito [...] Ai ele disse e olhou assim o exame do eletro, o coração dele não esta muito grande não. Não está muito! Não precisa eco agora, ele disse que não precisa. Mas o outro médico (Beneficiência) disse que precisava! [...]. [U5]

Realizado atendimento com a nutricionista da unidade, há pelo menos cinco anos, atualmente, não realiza acompanhamento.

[...] Ela me deu uma folha de como é que tinha que ser a minha alimentação. Mas, também não dei muita bola [..] Faz tempo, essa da nutricionista, já faz tempo, deve fazer acho que uns cinco anos. [U5]

Afirma que os profissionais da unidade solicitam que verifique a pressão, entretanto, não consegue se organizar e não realiza o acompanhamento.

Elas, as enfermeiras, querem que eu vá medir a pressão e eu fico, vou ir, vou esperar mais um pouquinho. Ai naquela de esperar mais um pouquinho, eu fico sentado. Ali passa a hora e ai não dá mais para medir a pressão. [U5]

A última vez que verificou a pressão na unidade, os profissionais sugeriram chamar a SAMU para encaminhar o usuário ao Pronto Socorro Municipal:

[...] a última vez eu fugi deles. Eu escutei elas dizerem: vamos chamar a SAMU. Eles queriam chamar o SAMU. Ai eu disse, não eu não vou ir na SAMU não. Deitei o cabelo, não vou pra a SAMU nenhuma. Se me dão um

remédio muito forte me baixa muito a pressão. Ai quando vejo eu caio no chão, eu estou acostumado com essa pressão alta [...]. [U5]

A utilização do SAMU foi em maio de 2014, quando necessitou internar no hospital psiquiátrico.

Deu uma crise, porque eu não estava tomando o remédio. [...] veio a SAMU e me levaram lá pro Sanatório [...]. [U5]

Em relação ao manejo das vozes e das alucinações, o usuário relata que, atualmente, consegue se organizar melhor.

[...] Ainda ouço, mas só que agora, quando vem uma voz que eu não gosto, eu digo: eu não estou a fim de escutar! Tu não falou o que me agrada, então, tu fica quieta. Ai eu dou um jeito na minha cabeça para não ouvir. Ai eu me deito, fecho os olhos, canto uma música, boto um CD. Saio fora dela, saio fora daquela voz. Ai, quando é uma voz boa, quando é uma palavra boa, ai eu presto atenção [...] Antigamente, eu não consegui fazer isso, ai me atrapalhava [...]. [U5]

Da visão que eu não gosto. [...] Sempre tem uma cobra lá dentro de casa, uma cascavel, sempre tem uma. O que eu faço? Vou lá e piso em cima da cabeça dela no pensamento. Eu não saio de cima da cama, como ela está ali na imaginação, eu me levanto, me sento. Como se eu saísse daqui agora, piso em cima, pego, abro um buraco lá na praça, é no pensamento, enterro e deu. Ela desaparece, mas depois volta de novo [...]. [U5]

No que diz respeito ao apoio, a participação da mãe novamente é apontada como fundamental, assim como a esposa e os irmãos.

Primeiro com a mãe e depois vem a minha esposa e os meus irmãos. A minha irmã também, que é enfermeira, está sempre lá na volta, tá sempre lá conversando comigo [...] Eu não procuro ninguém da rua, antigamente eu procurava os da rua pra conversar, mas agora eu não procuro mais. [U5]

Já buscou outras unidades de saúde, entretanto, afirma que, na sua, o horário é melhor.

As vezes eu ia para o da Virgílio, mas o da Virgílio tem que ir muito cedo, tem que ir meia noite, porque já pega o pessoal chega e já vai pra fila. Mas ali na COHAB é mais tranquilo [...]. [U5]

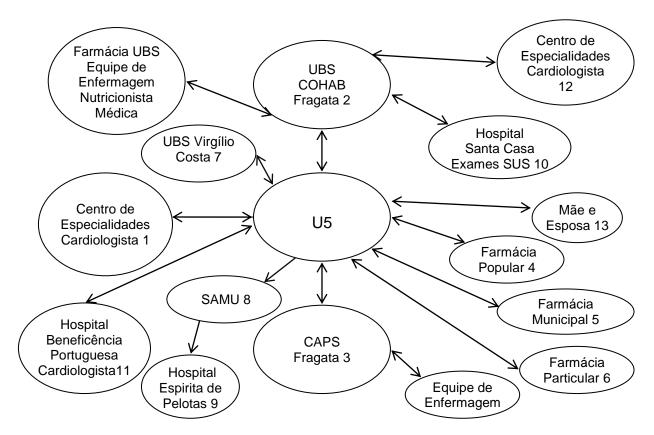


Figura 8- Trajetória Terapêutica Usuário 5

Legenda:

- 1- Centro de Especialidades Cardiologista: depois de não se sentir bem, acaba buscando atendimento, sendo identificado um problema cardíaco e a hipertensão. Inicia-se o tratamento aos quatorze anos.
- 2- UBS COHAB Fragata: Utiliza essa unidade há muitos anos. Utilizou atendimento com a nutricionista, há cinco anos atrás, atualmente, não realiza acompanhamento. Nos últimos três meses, buscou a unidade devido à falta de ar. Solicita as receitas para as medicações da hipertensão para a equipe de enfermagem, assim como a verificação da pressão. Retira algumas medicações na farmácia da unidade
- 3- CAPS Fragata: Começa a utilizar o serviço desde o inicio dos sintomas da esquizofrenia. O serviço já verificou a pressão diversas vezes, encaminhando para ponto de atenção 2.
- 4- Farmácia Popular: A medicação que não retira pela farmácia da unidade de saúde, retira nesse estabelecimento.
- 5- Farmácia Municipal: As medicações prescritas pelo CAPS são retiradas nesse ponto da rede
- 6- Farmácia Particular: relata a necessidade de comprar uma medicação, contudo não recorda o nome.
- 7- UBS Virgílio Costa: Quando precisou de atendimento, buscou atendimento nessa unidade, entretanto, considera o horário para a retirada de fichas ruim.
- 8- SAMU: No ano passado foi utilizado este serviço em sua última internação no hospital psiquiátrico.
- 9- Hospital Espírita de Pelotas: Internou no ano passado, pois deixou de fazer uso das medicações por um período.
- 10- Hospital Santa Casa Exames SUS: Aqui, foram realizados os exames solicitados pela UBS COHAB Fragata.
- 11- Hospital Beneficência Portuguesa- Cardiologista: temendo demora no atendimento via Centro de Especialidades, a mãe do usuário decide pagar uma consulta particular.
- 12- Centro de Especialidades Cardiologista: Após consulta com a médica da UBS COHAB Fragata e resultados dos exames solicitados alterados, o usuário é encaminhado para esse ponto da rede. Nessa, consulta, há uma alteração em uma das medicações.
- 13- Mãe e Esposa: possibilitam o apoio e auxiliam na organização das medicações.

5.3 Acometimento por uma doença crônica não transmissível: da descoberta à necessidade de mudanças no estilo de vida.

O diagnóstico de Diabetes *Mellitus* inicia com a suspeita de sintomas sugestivos até a confirmação, por meio de exames de rotina. A confirmação gera diversas emoções e sentimentos, tendo em vista de que se trata de uma doença que implica em mudanças no estilo de vida. Após o recebimento do diagnóstico, ao usuário são fornecidas diversas informações frente à doença, tratamento e controle. Ao descobrí-la, as reações dos indivíduos variam desde a apreensão, preocupação, nervosismo, revolta, tristeza e choro. Esses sentimentos podem influenciar na aceitação da doença e, consequentemente, em seu cuidado (FERREIRA et al, 2013).

Em relação ao modo como se deu as descobertas do acometimento por uma DCNT, no decorrer de suas histórias, quatros usuários apontam para a suspeita a partir de sinais e sintomas característicos da hipertensão e do diabetes *mellitus*. Conforme é possível observar nas falas dos usuários abaixo:

Não! Faz pouco, pouco assim, no modo de dizer. (pausa) Foi assim, me sentia mal, me sentia tonta, eu não urinava, eu estava enxergando menos. E urinava demais, outra hora não urinava. Eu não dormia à noite. Porque eu passava a noite inteira no banheiro. Quanto eu estava botando os pés na cama para deitar, me dava vontade de urinar. Lá eu tinha que ir ao banheiro de novo. Ai eu vivia no banheiro, chegava a dormir um soninho, assim, quando via, dava vontade de urinar. [...] Achei estranho, fui ao médico. O médico pediu para fazer exame e deu que meu açúcar estava quinhentos. (pausa). Claro! Ai eles começaram a me tratar, no postinho. [U1]

- [...] eu descobri mesmo quando eu estava grávida do [guri]. Meu gurizinho esse que eu perdi. Que eu notei, a gravidade que foi além do meu controle Quando eu estava grávida dele, minha pressão ia lá em cima [...]. [U2]
- [...] eu descobri uns três ou quatro meses, que eu passei mal no PS [...] Aqui (CAPS) a (Equipe de Enfermagem) verificou várias vezes a minha pressão e estava alta ela me deu encaminhamento para o postinho [...]. [U3]
- [...] faz anos! Mais de três anos [...] Eu comecei com uma dor de cabeça, só que agora eu estou tomando o tratamento certo, antigamente, eu tomava só quando me dava àquela dor de cabeça. Que eu sentia que eu estava com a pressão alta. [U4]
- [...] com quatorze anos, me deu uma dor muito forte na nuca. E ai eu acho que foi dai que o médico já viu o meu problema de coração e já viu o da pressão alta também. E já é de família também. Meu pai tem, tinha essa pressão alta [...]. [U5]

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, a prevalência de diabetes autoreferido foi de 7,0% nas mulheres e 5,4% pelos homens. Maior na área urbana, 6,5%, estimando-se um total de, aproximadamente, 9 milhões de pessoas com diabetes no país. A prevalência de diabetes aumentou com o avanço da idade, atingindo, aproximadamente, 20% das faixas etárias de 65 a 74 anos e de 75 anos, ou mais, um contingente superior a 3,5 milhões de pessoas. O relato foi frequente em adultos com a escolaridade menor, maior idade e nas macrorregiões mais desenvolvidas do país. O aumento do número de pessoas que referiram o diagnóstico de diabetes pode ser oriundo da maior realização de diagnósticos pelos serviços de saúde e dos fatores determinantes da doença, idade e obesidade em expansão (ISER et al, 2015).

O ato de comer, na visão antropológica, não é apenas para manter o funcionamento do organismo a partir dos nutrientes e calorias adequadas, envolve a seleção, os rituais, a sociabilidade, as ocasiões intimamente ligadas às experiências e a seus significados (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Os riscos de vida a que estamos sujeitos, principalmente, os que envolvem a alimentação e a atividade física, provocam mudanças significativas com a relação que temos com a comida. Pois, já nos sentamos à mesa para desfrutar a comida com culpa ao ato de comer (ARNAIZ, 2005).

Ambas as doenças possuem, como característica principal, o modo silencioso de atuação, sendo identificadas, geralmente, apenas quando níveis pressóricos ou glicêmicos estão muito elevados. Ambas necessitam de mudanças na rotina diária, buscando minimizar os agravos e maximizar a qualidade de vida.

Em relação à vivência com a doença crônica, uma das falas que chama atenção é da Usuária 1. A mesma apresenta uma dificuldade em relação à aceitação do acometimento por diabetes *mellitus*, como pode ser observada com a leitura a seguir:

[...] eu vou, assim, tomando remédio, me vejo mal com o diabetes, com medo de comer alguma coisa. Que me dê uma isquemia, me dê um derrame! E ainda se morrer não é nada! Pior se ficar em cima de uma cama, aleijada, os outros lá lavando a gente. Quem é que vai me lavar? Quem é que vai me dar banho? Então eu penso nisso. Então eu comia muita coisa, agora não. Parei! [...] Fiquei assim, parar com as coisas que eu como eu fiquei triste, o que é que eu vou fazer? Pior é ficar em cima de uma cama aleijada [...]. [U1]

Nesse sentido, o ser adoecido, temporariamente (re) interpreta os conceitos e as orientações na vivência do acometimento crônico. Dessa maneira, ocorre o entrelaçamento de elementos culturais, sociais, subjetivos e simbólicos, historicamente estabelecidos, imprimindo e delimitando um sentido à sua experiência (BARSAGLINI, 2008).

Em seus achados, Barsaglini (2011) identificou diferenças entre o vivenciar as restrições/proibições alimentares impostas pelo diabetes *mellitus* entre homens e mulheres. Esse universo de censuras não combina com o valor de liberdade do meio masculino, mas, no contexto investigado, se aproximava das mulheres pelo meio da reclusão, já vivenciado no ambiente doméstico. A recusa às normas alimentares prescritas é observada nos depoimentos dos dois gêneros, entretanto, para as mulheres, seguir a orientação significa o controle da enfermidade e, para eles, resume-se em ter a vida controlada.

Durante a coleta de dados, mas, principalmente, na observação participante, foi possível identificar ambas as vivências no contexto da Usuária 1., tendo em vista, que ela perdeu a liberdade de consumir aquilo que mais satisfaz seus desejos, os doces, e a decisão de não consumir se dá pelo significado dos riscos "ficar aleijada" e a preocupação relacionada ao cuidado "Quem é que vai me lavar?".

Além dos obstáculos em acessar os alimentos adequados em sua dieta, pode haver traços depreciativos ao adoecido pela dieta restritiva e diferenciada que o classifica como diferente e dá visibilidade ao diabetes. Assim, o gerenciamento se coloca na totalidade da vida do usuário e esse empreende ajustes e adequações nas recomendações dietéticas como estratégia de controlar o diabetes e não em ser controlado, "viabilizando o viver com apesar da condição crônica" (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010.p. 930).

Nesse sentido, o adoecer pelo diabetes *mellitus*, socialmente, está intimamente relacionado à proibição do alimento. Enquanto que, na hipertensão, o discurso se pauta em torno da diminuição do sal. Os usuários acometidos por hipertensão apontam as mudanças adotadas almejando a diminuição dos riscos.

^[...] a gordura também. O sal, a gordura. O doutor do coração lá em Jaguarão. Eu consulto lá em Jaguarão com o doutor do coração e ele me disse que eu diminuísse muito o sal. Que eu tirasse o sal. [U2]

^[...] não! Eu não faço [tratamento]. Mas eu estou cuidando da minha alimentação. Eu já não ingiro tudo o que eu ingeria antes. Pouco sal, minha

comida é com pouco sal, eu não gosto de comidas muito condimentadas. Refrigerante, que eu tomava muito, e sucos [...] eu prefiro água mesmo [...]. [U3]

[...] a pessoa não pode comer sal, comer coisa salgada, não pode comer muita fritura. Essas coisas assim. Tem que se cuidar na alimentação. [U4]

[...] Ai é isso que eu estou fazendo. Ao invés de botar sal, eu boto pimenta, um pouquinho de pimenta [...]. [U5]

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, para o ano de 2013, apontam para a presença de comportamentos de risco para as DCNT na população brasileira. Em relação aos alimentos fonte de gordura saturada, 6, a cada 10 brasileiros, referiram consumir leite integral; 4, a cada 10, consomem frango ou carne com excesso de gordura. Em relação a alimentos fonte de açúcar, mostrou-se menos frequente, com 2 a cada 10 brasileiros consumindo refrigerantes, suco artificial ou doces regularmente. Os fatores de risco se mostraram mais prevalentes no sexo masculino e nas faixas inferiores de instrução e idade (CLARO et al, 2015).

Logo, ações de prevenção de DCNT e a promoção de saúde necessitam considerar a distribuição desses fatores na população, para que as ações sejam efetivas. Medidas simples, como a remoção da gordura das carnes e a pele do frango, assim como, a substituição do leite integral para o leite desnatado (CLARO et al, 2015). Altos níveis de sódio são comuns em dietas consumidas por populações ao redor do mundo, sendo essa ingestão maior do que a recomendação da Organização Mundial da Saúde, implicando no aumento da pressão arterial, assim como, ao risco cardiovascular (BROWN et al, 2009).

Dois usuários demonstram dificuldade em abandonar hábitos vinculados ao tabaco e ao uso do café. Nesse sentido, a usuária 3, em uma fala (descrita anteriormente), reconhece que vem melhorando os hábitos alimentares, entretanto, os relacionados ao tabaco e café, ainda não conseguiu diminuir, assim como, o U5 também descreve:

^[...] Eu não tenho muito cuidado com a hipertensão, porque eu fumo e tomo muito café. Eu não tenho cuidado nenhum. Eu sou viciada em fumar. Eu fumo relativamente há poucos anos para lidar com a angústia e a ansiedade [...] E o vicio de tomar cafezinho eu tenho desde nova. [...] Eu tomo bastante café. Se eu for de noite para a cama sem o meu cafezinho ai mesmo que eu não durmo... [...]. [U3]

^[...]Eu pego uma carteira de manhã com a mãe, depois de noite, lá pelas dez horas eu pego outra. Eu realmente eu tenho que parar com o cigarro,

vai ser melhor pra mim [...] eu gosto de café de madrugada e chimarrão também [...]. [U5]

O uso do tabaco, anteriormente, apresentava conotações culturalmente positivas como o poder, charme, rebeldia e intelectualidade, reforçadas pela mídia e conveniente para uma sociedade com uma carga de competitividade, tensão e imediatismo elevada (VELOSO, 2011).

Segundo Almeida et al (2013), a ansiedade desencadeou o uso de tabaco, assim como, a dificuldade em cessar o uso. Sendo evidenciada nos relatos dos participantes de seu estudo a dificuldade de permanecer sem o uso do primeiro cigarro da manhã e a dificuldade, subsequente, para a realização das atividades diárias e o alívio emocional em momentos difíceis que o cigarro oferece.

Corroborando com os achados de Veloso et al (2011), pois, parte dos entrevistados relatou intensa relação do cigarro como uma forma de alívio para as tensões e situações de estresse. Nos relatos, o tabaco possuía um significado ambíguo e paradoxal, pois, assumia, ao mesmo tempo, a forma de alívio e de apoio e, por outro, de destruição.

Medidas para o controle do tabaco estão sendo desenvolvidas em diversos países, dentre elas: leis antitabaco em locais públicos e ambientes de trabalho, serviços de assistência para diminuição/cessar o uso, advertências nas embalagens, proibição total da publicidade, aumento substancial de impostos em um valor 75% do valor anterior. Os países possuem a obrigação de proteger a saúde de seus habitantes, comprometendo-se com políticas de controle do tabaco, protegendo as pessoas do tabagismo e dos danos que o mesmo causa á saúde (OMS, 2014).

Nesse sentido, o Brasil é referência no combate ao tabagismo e suas ações são desenvolvidas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR). Essas se pautam na restrição da disponibilidade, atividades educativas na escola, controle do marketing e comercialização, atendimento na atenção primária à saúde aos profissionais da área e a população em geral e o controle do consumo em locais públicos e de trabalho (SILVA et al, 2014). Faz-se necessário destacar que o país é o segundo maior produtor e exportador de fumo (INCA, 2007). E, no estado do Rio Grande do Sul, as principais microrregiões produtoras são Santa Cruz do Sul, Pelotas e Camaquã (BORGES, 2011).

Em um estudo comparativo entre fumantes e não fumantes, os que faziam uso do tabaco apresentaram mais frequentemente diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doenças respiratórias e úlcera péptica do que os que nunca fumaram (CASTRO et al, 2010).

Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), dos anos de 2006 a 2011, apontam frequência de adultos fumantes, variando de 7,8%, em Maceió (Alagoas), a 22,6%, em Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Porto Alegre, 24,6%, Curitiba, 24,4% e São Paulo, 22,2%; entre mulheres, em Porto Alegre, 20,9%, São Paulo, 16,8% e Curitiba, 16,5%. Em relação ao indicador de consumo de tabaco, as maiores frequências nas capitais ocorreram no sexo masculino, com idade entre 45 a 54 anos, residentes nas regiões Sul e Sudeste e com escolaridade menor – 0 a 8 anos de estudo. Outros inquéritos domiciliares apontam para a diminuição da frequência do tabagismo no país (MALTA et al, 2013).

Mais que apoiar o usuário na tarefa árdua que é a mudança no estilo de vida, é a possibilidade de compreendermos o que estas mudanças causam de impacto em suas vidas. As mudanças no estilo de vida necessitam ser construídas singularmente, pois cada indivíduo vivencia esse processo de maneira distinta. Logo, nossas ações necessitam ser condizentes com a realidade e contexto no qual estão inseridas, assim como, os significados de adoecer atribuídos por cada um.

Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, nas unidades de saúde, três usuários relatam que desconheciam e que, tampouco, foram convidados, em algum momento, para participar de grupos nas unidades de saúde de seus territórios. É possível inferir que esse fato se deve à recente implantação da ESF no território. Entretanto, a ausência de grupo nas unidades de saúde influencia na manutenção do autocuidado, tendo em vista a complexidade do adoecimento crônico e a necessidade de ações multidisciplinares para a promoção, prevenção e tratamento.

Não! Nunca! Me convidaram! [...] Nunca ninguém me disse nada [...]. [U2] "[...] não! Acho que não! Não sei, nunca me interessei em saber". [U4] Não! Acho que lá no posto acho que nem tem, lá no posto da COHAB [...]. [U5]

Estas ações de Atenção em Saúde para as Doenças Crônicas constituem um desafio para as equipes de Atenção Básica. Com condições associadas aos determinantes biológicos e socioculturais, sua abordagem, para ser efetiva, necessita do envolvimento de diversos profissionais das equipes de saúde e o protagonismo do usuário, família e comunidade (BRASIL, 2014). Mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica é elevado, tendo em vista os custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Para os SUS, gastos diretos com as DCNT estão aumentando, assim como, representam as principais causas de internações hospitalares (MALTA et al, 2011).

Diante desse desafio, surge o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que se fundamenta no delineamento de três diretrizes: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e o cuidado integral (BRASIL, 2011a). Contudo, a consolidação do plano depende da mobilização da sociedade, para a priorização das DCNT nas políticas e nos investimentos nacionais (MALTA et al, 2011).

Com o intuito de instrumentalizar os diversos atores dessa mudança, o Ministério da Saúde, oferta dois cursos aos profissionais de saúde, à distância, autoinstrucionais, ambos disponíveis na Comunidade de Práticas. O curso Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde apresenta discussões a partir de casos de usuários que percorrem o sistema em busca de cuidado. Almejando sensibilizar o profissional no processo de apoio ao usuário com diabetes, é ofertado o curso sobre o autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes. Em outra página, está disponível curso específico para o usuário acometido por diabetes e seus familiares, com informações importantes sobre a doença, importância das mudanças de hábitos e depoimentos de usuários que convivem com a enfermidade (BRASIL, 2014).

Atitudes positivas, por parte dos usuários, favorecem o reconhecimento da enfermidade e o surgimento de estratégias de enfrentamento apropriadas, visando um melhor cumprimento de ações, pautadas no autocuidado, principalmente, em relação à dieta, exercícios físicos, medicação e auto-exame. Prevenindo complicações em curto, médio e longo prazo (PUPKO; AZZOLLINI, 2012). O

autocuidado permeia o processo de saúde e doença, sendo uma estratégia para melhorar a qualidade de vida, tanto para prevenir DCNT, quanto para evitar as complicações, quando a condição crônica já estiver instalada (ZILLMER et al, 2013).

O autocuidado apoiado se constitui como uma relação de diálogo entre os "saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro". Essa relação irá se manifestar, criando planos em conjuntos, identificando as dificuldades, fixando metas e solucionando problemas de competência dos serviços de saúde, sendo desenvolvido de várias formas: individualmente - na visita domiciliar e consulta clínica, à distância, por meio da internet/telefone, consulta coletiva e grupos (BRASIL, 2014.p. 111).

O princípio da integralidade diz respeito à atenção integral em todos os pontos de atenção, assim como, à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado, tornando-se necessário o desenvolvimento das ações de educação em saúde, na perspectiva dialógica, participativa, criativa, emancipatória e que contribua para a autonomia do usuário, "no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença". Aos profissionais, autonomia na possibilidade de um cuidado humanizado, compartilhado e integral (BRASIL, 2007.p.04).

Nesse sentido, Pupko e Azzollini (2012) enfatizam que é necessário realizar intervenções na comunidade, com ênfase em suas possibilidades e não em suas limitações. Uma estratégia importante consiste na implementação de consultas mais dinâmicas, como por exemplo, contemplando a psicoeducação.

5.4 Desafios e potencialidades na construção das trajetórias terapêuticas

Nas falas dos entrevistados, o desafio na construção de suas trajetórias está na dificuldade em acessar a Atenção Primária à Saúde. O número reduzido fichas disponibilizados pelas unidades de saúde favorece o surgimento de filas e o acúmulo de usuários em frente à institução desde a madrugada, com o intuito de conseguir o atendimento. Em relação aos horários em que os mesmos necessitam se dirigir às unidades de saúde, os mesmos relatam que:

[...] às sete e meia são as últimas fichas que dão, tem que ir pra lá seis horas, seis e pouca para pegar ficha ,se não tu não pega (Virgílio Costa) Aqui na Pinheiro (Pam Fragata), também, se tu não vai umas cinco, às seis horas tu não pega mais ficha. Às vezes tu vai as quatro e meia tu já pega as ultimas fichas já [...] [U2]

[...] No Fraget mesmo, tem que ser às sete e meia da manhã para conseguir uma ficha uma hora da tarde. Acho que uma hora da manhã (pra ficha no período da manhã) [...] Mas eu não me animo a ir. Além de difícil, ainda assaltam ali no posto. Assaltam as pessoas. [...] Ah! é oito, depende (quantidade de fichas) [...] [U4]

Os usuários se organizam de outras maneiras para conseguir as fichas, a U2 relata que o pagamento de pessoas conhecidas, almejando conseguir as fichas, é utilizado.

[...] para marcar consulta no posto para mostrar os exames, um vizinho fica na fila, dai saio de casa 06:45 para chegar no posto e ele conseguir ir para o trabalho. Ele não cobra, mas cada um dá o que quer, dei R\$ 25,00 reais. Não sei que horas ele foi pra fila, fui a quarta de oito fichas. [U2] (DC-21/07/2015).

Outros buscam atendimento e não encontram o profissional médico na unidade, necessitando retornar para a casa.

[...] no postinho eu fui e não encontrei a médica. É difícil de voltar para a casa é lá na cascata são vários quilômetros [...] [U3]

Realizar a verificação da pressão, segundo os usuários, não é difícil, pois basta chegar e solicitar atendimento, o mais oneroso é realizar a consulta e a retirada de receitas. Em algumas unidades, para solicitação das mesmas, é necessário enfrentar filhas na madrugada, como o relato a seguir:

[...] Não precisa pegar ficha, na hora tu faz uma fichinha na hora ali, não tem horário. Pode chegar, fazer uma fichinha ali, elas te passam para a enfermeira para medir a pressão [...]. [U2]

[...] É para acompanhar só para acompanhar pra medir a pressão é fácil. Porque é só com os médicos que é difícil de conseguir, a consultar. Por que até pra uma receita que tu quer, tu tem que ir todo esse horário [...]. [U4]

Para outro usuário, segundo o seu relato, o fato de chegar de madrugada, aguardar na fila e a possibilidade de não conseguir ficha para o turno da manhã, não parece oneroso.

Vamos dizer assim: o posto abre às 8 horas, dá pra chegar lá umas 06:30, dá para chegar lá! Ai, tu consegue ficha e tem pra tarde se tu não consegue pela manhã [...] De 8 a 9 fichas [...] Assalto nunca aconteceu, é porque todo mundo já me conhece, né, na Cohab. Às vezes, eu convido a minha esposa pra ir junto comigo. Ela leva um chimarrão e nós ficamos tomando um chimarrão ali (fila) [U5]

A atenção primária oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, contemplando os problemas comuns na comunidade. Logo, é atenção que racionaliza e organiza os recursos, tanto básicos, como os especializados. Estando inserida onde a doença existe, influencia a resposta das pessoas frente aos seus problemas. O acesso e acolhimento se completam e articulam com as práticas dos serviços de saúde na expectativa da integralidade do cuidado (STARFILD, 2002). Ambas são estratégias potentes para o planejamento, produção de ações e serviços de saúde, configurando-se centrais para a qualificação da atenção à saúde (SOUZA et al, 2008).

Para Merhy (2013), qualquer serviço assistencial pode ser encaixado em um fluxograma resumo, nesse, antes da entrada propriamente dita dos usuários que, em seu exemplo, foi atribuída a quantidade de cem usuários e existem os usuários "Z", que, tampouco, entraram no serviço.

Esses "Z", que chegam ou não esperam para entrar, ou mesmo, identificam que ir não adianta, pois, não serão atendidos. Há de se considerar que, em um mesmo município, há unidades onde uma parte dos usuários chega de madrugada e fica esperando a abertura e a entrega das fichas que definirão que pessoas vão receber o atendimento ou não. Em outras unidades, os usuários não vão chegar pela madrugada, pois todos que desejam ser atendidos, são ouvidos por uma equipe na recepção e alguma intervenção é realizada (MERHY, 2013).

Para Starfild (2002), os princípios da APS são: atenção ao primeiro contato, originando a acessibilidade e a utilização do serviço a cada novo episódio ou agravo; longitudinalidade, que presume a existência regular de atenção e em longo prazo; a integralidade, que pressupõe que as unidades de atenção primária se organizem para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo em outros pontos de atenção, coordenação da atenção, obtida por meio dos profissionais, prontuários, ou ambos, e com reconhecimento dos problemas. A focalização na família implica conhecer os membros da família, assim como, os problemas que enfrentam. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade e ações no território, com a participação da comunidade (STARFILD, 2002).

Sendo necessários para avaliar o potencial e o alcance de cada uma pelo menos um dos quatro elementos estruturais²⁰: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade e um dos dois elementos processuais²¹: utilização e reconhecimento do problema (STARFILD, 2002).

A ausência de acolhimento se traduz no modelo tradicional de organizar a recepção ao modo burocrático de entrega de fichas e marcação de atendimento no balcão. A espera por fichas é agravada pela necessidade de ficar aguardando na fila, nas madrugadas, na qual, as disputas de vagas são compartilhadas pelo frio e pelo medo da violência (SOUZA et al. 2008).

No estudo de Azevedo (2007), realizado em duas unidades com ESF, os usuários relatam não frequentar a unidade por dificuldade de agendamento, relatada, também, nos discursos dos profissionais como um nó que a ESF não conseguiu eliminar. As situações relacionadas ao acesso ocorreram devido ao modo como as equipes se organizam, no intuito de atender as necessidades da demanda. No referido estudo, a atenção as suas necessidades não é atendida pela falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência.

Tendo em vista as falas dos usuários, que apontam a dificuldade de acesso na Atenção Primária à Saúde, no município de Pelotas, outro estudo aponta a mesma dificuldade.

O estudo realizado no ano de 2012, em Pelotas, entrevistou 2.927 adultos, com mais de 20 anos, sendo a amostra composta por 58,9% pelo sexo feminino. Os diagnósticos médicos referidos foram hipertensão, 32,7%, doença cardíaca, 11,5%, diabetes, 7,9% e asma, 6,0%. A prevalência de utilização de serviços de saúde no mês anterior a entrevista foi 29,3%. Do total de indivíduos que procuram os serviços de saúde, 6,5% referiram falta de acesso, principalmente, por não ter ficha de atendimento e pela falta de médico, 30,5%. O tempo na fila de espera foi de uma hora, ou mais, para 32,1%. Em relação aos atendimentos, 12,6% foram realizados em consultórios médicos, 7,4% foram atendidos em unidades básicas de saúde, 5,1% na urgência e emergência e 3,5% distribuídos em ambulatórios, centros de

²¹ Utilização: extensão e tipo de uso do serviço de saúde. A consulta ocorre para a investigação de um problema novo, acompanhamento de um antigo ou atenção preventiva.

²⁰Acessibilidade: localização do serviço, horário e dias abertos para o atendimento, o grau de tolerância para as consultas não agendadas e o quanto a população percebe conveniência nesses aspectos; Variedade de Serviços: serviços disponíveis à população; Definição da População Eletiva: quão responsável o serviço se identifica pela população e o quanto a mesma se percebem que são considerados; Continuidade: arranjos em que a atenção é oferecida em eventos ininterruptos.

especialidades, centros de atenção psicossocial ou serviços de outra cidade. No financiamento dos atendimentos, o SUS custeou 45,7%. Esse estudo aponta que, quanto menor a classe econômica e a escolaridade, maior o financiamento pelo SUS. As maiores prevalências de falta de acesso, 16,7%, e tempo igual ou superior a uma hora na fila de espera, 53%, foram registrados para quem procurou ou utilizou as unidades básicas de saúde. As maiores prevalências de falta de acesso foram registradas nas unidades do perímetro urbano (NUNES et al, 2014).

A ESF apresenta dificuldade em realizar acolhimento desvinculado do atendimento médico, culturalmente, as pessoas idealizam o serviço como um local para cura das doenças, sendo isso bem resolvida pelo médico, realização de exames e o uso de medicações, minimizando ou desaparecendo os sintomas. Apesar dessa dificuldade em alguns contextos, a ESF vem gradualmente superando o modelo biomédico e, aos poucos, os usuários buscam a unidade para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como, reconhecem a importância de atendimento pelo outros profissionais (CARRAPATO, 2011).

Espera-se que, com a implantação da ESF, no território, seja possível, aos poucos, modificar o olhar que muitos usuários possam apresentar frente à UBS, percebendo que essa também promove saúde e previne doenças. Assim como, ações em saúde que possibilite a integralidade do cuidado por parte dos serviços de saúde, utilizando outros pontos de atenção do próprio território escola, igreja, CRAS, CAPS dentre outros.

Em relação ao modelo tecno-assistencial em forma de pirâmide, que almejava a garantia de eficiência na utilização dos recursos universalização do acesso e equidade, em sua ampla base, a APS, possibilitando atenção integral à saúde dos indivíduos e sendo a porta de entrada para os níveis de maior complexidade do sistema de saúde. Na parte mediana, os serviços ambulatoriais e suas especialidades clínicas e cirúrgicas e os serviços de apoio diagnóstico. Por fim, no topo os serviços de maior complexidade, representando, a pirâmide, um fluxo ordenado de pacientes realizado pelo estabelecimento de referência e contrareferência, sendo as necessidades alcançadas em espaços tecnológicos distintos e adequadas (CECÍLIO, 1997).

Logo, a imagem da pirâmide estratifica as necessidades dos indivíduos, dificultando a identificação das necessidades na situação em que são instauradas (AZEVEDO, 2007). O entendimento do sistema, como uma pirâmide, está distante

da realidade do usuário. Logo, deve-se repensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, refeitos a partir dos movimentos reais dos sujeitos, seus desejos e necessidades e da inclusão de novas tecnologias de trabalho e gestão, construindo um sistema humanizado e comprometido com as pessoas, pressupondo-se, assim, o arredondamento da pirâmide, quebrando seus ângulos e tornando em círculo (CECÍLIO, 1997).

O círculo remete à ideia de movimento, múltiplas possibilidades de entrada e de saída. Ele não hierarquiza, abre possibilidades. As portas de entrada necessitam se constituir de espaços privilegiados ao acolhimento e reconhecimento das necessidades, garantindo o acesso de cada pessoa ao atendimento mais adequado e integral. A responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é do sistema como um todo e não uma luta solitária de cada usuário (CECÍLIO, 1997).

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) constituem-se como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados possibilitando que esses respondam com efetividade, eficiência, qualidade, segurança e equidade, as condições de saúde²² da população brasileira. Sua implantação convida para mudanças importantes no modelo de atenção à saúde no SUS, tendo em vista, a tripla carga de doença: doenças infecciosas e carenciais não superadas, causas externas e a presença intensa das condições crônicas (MENDES, 2011).

Expectativas de aumento no número de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos apontam para um elevado ônus para o SUS, confirmando a necessidade de organização, qualificação e ampliação do atendimento para as condições crônicas, tendo em vista o período maior de tempo, no qual os indivíduos continuaram expostos a essa condição durante seu ciclo de vida (FRANCISCO et al, 2015).

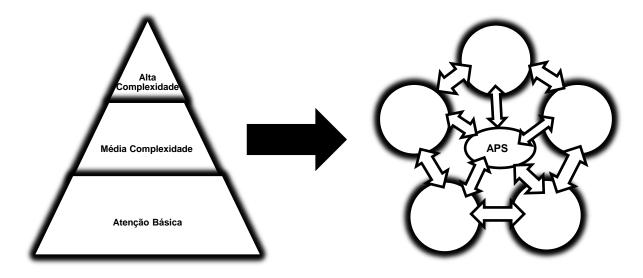
As RASs operam de forma cooperativa e interdependente, estabelecida sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizados de forma poliárquica, em uma atenção integral com intervenções de promoção, prevenção, curativa, cuidadora, reabilitadora e paliativa, funcionando sob a coordenação da APS, prestando atenção oportuna em tempos e lugares certos de forma eficiente,

_

²² Condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011. 25).

implicada no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde, assumindo responsabilidades sanitárias econômicas com sua população (MENDES, 2011).

Figura 9: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES (2011, p.84)

As diretrizes para a implementação da RAS apontam para uma mudança no modelo hegemônico do SUS, que centra a atenção na doença, em especial, a demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Com a implantação da RAS, é necessária uma intervenção concomitante frente às doenças agudas e crônicas, uma organização que estabeleça a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemplando a integralidade dos saberes, com o fortalecimento do apoio matricial, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas (BRASIL, 2010).

A partir da portaria 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram compactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (RAPS),

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

No contexto das doenças crônicas, os gestores do SUS pactuaram a Rede de Atenção as Doenças Crônicas, pela portaria 483/ 2014. Essa rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014; 2015). A organização dela prioriza eixos temáticos, sendo desenvolvidas linhas de cuidado para as doenças e fatores de risco mais prevalentes: doenças renocardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas, câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 2013).

Embora, com seu crescimento rápido das DCNT, seu impacto pode ser diminuído, por meio da promoção de saúde, almejando a redução dos fatores de risco, melhora da atenção em saúde, detecção precoce e tratamento adequado (MALTA et al, 2011).

Almejando qualificar as ações frente a doenças crônicas, Mendes (2011) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse estrutura as intervenções de saúde em cinco níveis de estratificação, sobre determinantes e suas populações, definindo ações e práticas da equipe adequada para cada grupo. Sendo que esse modelo de atenção subsidiará a constituição da rede, elencando os pontos de atenção, definindo suas atribuições, instituindo fluxos e diretrizes (BRASIL, 2013).

Subpopulação com condição crônica Determinantes sociais muito complexa. individuais com condição de saúde e/ou Subpopulação com condição Nível 5: fator de risco complexa. biopsicológico Gestão do caso estabelecido. Subpopulação com condição Nível 4: crônica simples e/ou com fator Gestão da condição de de risco biopsicológico saúde Nível 3: Subpopulação com fatores **Determinantes** Gestão da condição de saúde ligados risco sociais comportados e estilos de Nível 2: vida. Intervenções de prevenção das condições crônicas **Determinantes** sociais de saúde População geral Nível 1: intermediários Intervenções de promoção da saúde

Figura 10: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Fonte: MENDES, 2007 apud MENDES, 2011.

No nível 1, do MACC, atua-se com a população total de uma rede de atenção à saúde, com foco nos determinantes sociais intermediários: as condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Nesse nível, as propostas de intervenções são pautadas na promoção da saúde para a população, realizadas por meio de ações intersetoriais. No nível 2, estão as subpopulações com os fatores de risco, com atenção aos determinantes ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. A prevenção será a partir da modificação dos fatores de risco comportamentais, como a alimentação inadequada, o sedentarismo, tabagismo, o excesso de peso e o uso de álcool. Ações de prevenção já estão sendo desenvolvidas pelos programas Saúde Na Escola e Academia da Saúde, que incentivam ações nos determinantes sociais da saúde e na prevenção das doenças cônicas (MENDES, 2011; BRASIL, 2013).

No nível 3, a subpopulação já apresenta a doença crônica, sendo de baixo ou médio risco ou fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde se compõe ações de autocuidado apoiado, podendo existir a atenção clínica, realizada, de maneira geral, pela atenção básica. Nível 4, subpopulações com condição

crônica de alto ou muito risco. Além do autocuidado apoiado nesse nível, há a necessidade significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado. Por fim, o nível 5 atua com as subpopulações com condições de saúde complexas. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso, pois exigem planos de cuidados singulares (MENDES, 2011; BRASIL, 2013).

Almejando um plano de cuidado singular, faz-se necessária a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), que é um emaranhado de propostas terapêuticas direcionadas para o sujeito ou para a coletividade, sendo resultado de uma discussão entre a equipe interdisciplinar (BRASIL, 2008).

Em sua construção, é utilizada a visão da clinica ampliada que busca identificar a singularidade do sujeito e não somente características diagnósticas, responsabilizando-se pelos usuários, mesmo esses fazendo uso de outros pontos de atenção, construindo a intersetorialidade. A clínica ampliada não visa somente combater a doença, mas, também, os possíveis limites que a patologia pode vir a causar, almejando o promover da vida. Para a construção da clínica ampliada é necessário o vínculo, a escuta e afetos possibilitando a esses usuários, ofertas e não somente restrições (BRASIL, 2008; CUNHA, 2010).

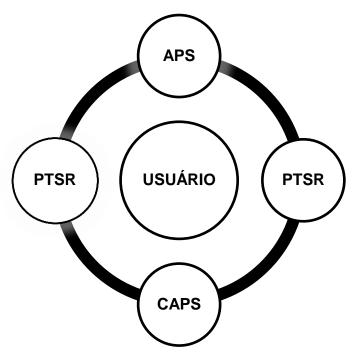
Diante do exposto, a Atenção Primária em Saúde do município necessita favorecer o acesso dos usuários aos serviços de saúde, repensando o acolhimento proposto nas unidades de saúde atualmente. É necessário salientar que a ESF, no território Fragata, é iniciada em 2002, entretanto, a implementação de novas unidadese retomada em 2012 e as unidades, as quais são referências para os usuários, iniciou a estruturação em 2014. A falta de articulação entre os pontos de atenção, a partir das falas dos usuários, foi identificada, o que salienta um cuidado fragmentado e com ações isoladas, não em formato de rede, que contempla as necessidades dos usuários, mas no formato de pirâmide. As unidades podem utilizar o seu recente processo de territorialização e o cadastramento das famílias para identificar as subpopulações e realizar o planejamento de ações em saúde, almejando a promoção e a prevenção da hipertensão e diabetes *mellitus*. O cuidar do acometimento crônico necessita de diversos atores para o êxito, tendo em vista o quão singular é esse processo de adoecimento.

O CAPS possui um importante potencial frente à abordagem as doenças crônicas, uma vez que, as atividades proposta por esse serviço, como por exemplo, as atividades de educação física, criam vínculo estabelecido com os usuários,

considerando o período de permanência desses no serviço. Na fala dos usuários, em alguns momentos, quando identificada a necessidade, o CAPS os encaminha para a APS. Contudo, fassem-se necessárias ações de promoção, prevenção e de cuidado frente aos agravos que esses usuários possuem no interior do CAPS.

Em relação às ações do CAPS frente à hipertensão e/ou diabetes *mellitus*, na construção do PTS, essas necessidades precisam ser elencadas, almejando um cuidado integral. Acredita-se que a rede possa ser constituída, possibilitando a construção de um PTS em rede. Nessa construção haveria a racionalização dos custos, diminuição das possíveis duplicações de exames e condutas e, principalmente, a construção do cuidado integral. Apesar da APS ser ordenadora do cuidado, essa atribuição não pode engessar as ações de outro serviço, pois o CAPS, antes de ser um serviço especializado nos transtornos psiquiátricos, é um serviço de saúde e, como tal, necessita atentar para as necessidades dos usuários como um todo.

Figura 11: Plano Terapêutico Singular em Rede



Fonte: autora (2015)

No que diz respeito às facilidades, os quatro usuários, que já estavam realizando o tratamento para HAS e/ou DM, apontam:

Não sei, (pausa) nada [...]. [U1]

Nada foi fácil [...]. [U2]

Fácil assim o medicamento [...]. [U4]

Fácil (pausa) eu acho que não foi nada fácil, não foi nada fácil mesmo [...]. [U5]

Os usuários demonstraram dificuldade em apontar facilidades encontradas no decorrer do tratamento, somente a U4 aponta, em sua fala, a facilidade em relação à aquisição das medicações para a hipertensão. Entretanto, a partir de seus relatos, os usuários que realizam o tratamento apontam a utilização da farmácia popular, assim como, a farmácia localizada dentro da unidade de saúde. Diante desse fato, é de suma importância contextualizar a farmácia popular na atenção à saúde frente à HAS e DM.

Como parte integrante da Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos é um dos elementos fundamentais da efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência da população. Como prioridades, estabeleceu Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), contemplando produtos necessários para o tratamento e controle de diversas patologias prevalentes no país; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde repassa recursos financeiros para a compra de medicamentos, de acordo com o número de habitantes, sendo esse recurso complementado com receitas estaduais e municipais. No ano de 2004, foi lançado o programa Farmácia Popular, em unidades próprias, aumentando o acesso da população a determinados medicamentos, com o preço reduzido. Em 2006, houve a ampliação desse programa, com convênios estabelecidos com a rede privada, denominando-se aqui tem farmácia popular. Em 2011, inicia-se a campanha saúde não tem preço, com medicamentos anti-hipertensivos, para diabetes e para asma gratuitos, além de outros fármacos para outras doenças crônicas como rinite, mal de

Parkinson, osteoporose e glaucoma, com descontos de até 90%, em cerca de 17.500 farmácias privadas credenciadas no país (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

Em relação ao acesso a medicações, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do município de Pelotas em 2011, estabelece a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), de acordo com as medicações, que são dispensadas na Farmácia Central (Farmácia Municipal de Saúde) como nas UBS (PELOTAS, 2011).

Nesse sentido, é importante destacar que, alguns usuários apontam a necessidade de comprar algumas medicações, como no caso da U1 (sinvastatina e levodopa + associações) e U2 (levotiroxina sódica). Na farmácia popular não está disponível a levotiroxina sódia, já a sinvastatina 20mg com cada comprimido custando R\$ 0,38 centavos e a Carbidopa + Levodopa 25mg + 250mg custando R\$ 0,48 centavos cada comprimido (BRASIL, 2015).

Contudo, no REMUNE, essas medicações estão disponíveis gratuitamente pela SMS, contemplando todas as medicações acima citadas. A levotiroxina sódica nas apresentações (25mg, 50mg e 100mg), sinvastatina (10mg, 20mg e 40 mg) e levodopa + carbidopa (200mg+50mg e 250mg+25 mg), como também, levodopa + benserazida (100mg+25mg e 200mg+50mg) (PELOTAS, 2011).

Diante do exposto, os profissionais de saúde necessitam informar os usuários frente às medicações disponíveis nos programas "Aqui tem Farmácia Popular" e, principalmente, aos vinculados ao programa "Saúde Não tem Preço" e ao REMUME. Tendo em vista a isenção de custos, almejando a diminuição de gastos com a compra dessas medicações por parte dos pacientes.

Pois os gastos com medicações compreende o principal gasto com saúde entre as famílias de menor renda, apresentando um ônus ao seu orçamento. Os programas de assistência farmacêutica do SUS podem ser a única forma de acesso aos medicamentos de grande parte da população brasileira (GARCIA et al, 2013).

Já a U3, que ainda estava em processo de iniciar o tratamento medicamentoso, apontou como facilidade a utilização do restaurante popular:

Almoçar no restaurante popular. Passo o dia aqui na cidade por causa do intensivo do CAPS, eu almoço. Eu tenho uma refeição a base de pouco sal lá no restaurante popular. Uma refeição elaborada por nutricionista, comer as saladas que eu não gosto muito de fazer. Eu gosto, mas não gosto muito de fazer [...]. [U3]

Disponibilizar refeições de baixo custo, equilibrada em calorias e nutrientes, com o preparo e distribuição segundo padrões de higiene e sanidade, e destinandose, preferencialmente, à populações em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, estão entre as metas dos restaurantes populares. No município de Pelotas, o restaurante popular oferece refeições a baixo custo, um real, mas, quando os usuários não dispõem desse valor, a refeição lhes é disponibilizada. Quanto à população que frequenta o restaurante popular, em sua maioria, é de aposentados e pensionistas, que possuem baixa renda e escolaridade (SILVA, 2012).

O restaurante popular, para essa usuária, proporciona uma fonte de alimentação balanceada e a possibilidade de realização da mesma, já que necessita se deslocar da zona rural, diariamente, para o desenvolvimento das atividades do CAPS.

6 Considerações Finais

A Atenção Primária à Saúde, no município de Pelotas, como ponto de atenção, necessita favorecer o acesso do usuário, possibilitando a prevenção e a promoção de saúde, assim como o diagnóstico, almejando melhorar a qualidade de vida desses usuários.

Em relação aos serviços, faz-se necessário adequar os serviços de saúde fazendo com que os usuários tenham um acesso adequado, possibilitando evitar que, na busca pelo atendimento, eles possam ser expostos à violência, já que necessitam ir de madrugada para frente da unidade retirar uma ficha para seu atendimento.

Confirmando o primeiro pressuposto. "A rede de cuidado de Pelotas compreende de forma fragmentada as necessidades dos usuários", o modelo de atenção ainda é desenvolvido no modelo de pirâmide, o que prejudica o cuidado, fragmentando-o e favorecendo a (des) responsabilização do serviço pelo usuário. Na complexidade de atender as necessidades dos usuários acometidos por hipertensão e diabetes, esse cuidado só é possível em rede e seguindo uma linha de cuidado.

Enquanto rede de atenção à saúde, o município precisa afinar a interlocução entre os pontos de atenção e utilizar os espaços já existentes, como por exemplo, as reuniões de distrito, que ocorrem no município, almejando um cuidado integral com os usuários. Aproveitar do contexto do processo de territorialização, que está iniciando no território Fragata para, durante o mapeamento da população, identificar as necessidades em saúde dos usuários, assim como, a educação em saúde almejando estimular o autocuidado. Nesse sentido, articular estratégias de cuidado com outros pontos, como o CAPS.

Já o segundo pressuposto "Existe uma rede de atenção à saúde pactuada e organizada, no entanto, os usuários não a utilizam em sua totalidade, pois as desconhecem", diferentemente do que se pressupunha, os usuários conhecem a rede de saúde na qual necessitam buscar, inclusive, articulando-se de outras maneiras com outros pontos da rede para conseguir acessar a atenção primária à saúde e os exames. Entretanto, em alguns momentos em sua trajetória, são surpreendidos por questões burocráticas que dificultam o acesso nas unidades de saúde e o rompimento de vinculo existente com outras unidades pelo processo de territorialização que se inicia, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família. Assim como, informações incompletas frente à disponibilidade de medicações gratuitas.

No que diz respeito ao terceiro pressuposto: "Ações compartilhadas entre os serviços de saúde podem contribuir para o cuidado integral, estes atentando para as necessidades dos usuários", essas ações compartilhadas podem ser materializadas na construção de um Plano Terapêutico Singular em Rede, articulado entre a Atenção Primária à Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial.

Durante essa construção, os profissionais necessitam traçar, conjuntamente com os usuários, a partir de suas realidades e de sua compreensão frente ao seu processo de adoecimento, estratégias para o enfrentamento da condição crônica. Em suas abordagens, os profissionais necessitam evitar condutas punitivas, que, muitas vezes, culpabilizam o usuário por não conseguir manter as pactuações propostas. Os usuários de saúde mental apresentam um modo peculiar de perceber a vida, assim como, vivenciar a condição crônica. Muitas vezes, não atribuindo o real risco que se expõem, mantendo os hábitos não saudáveis e a não adesão à terapêutica proposta. Quando o usuário compreende, o impacto da doença crônica não transmissível em seu contexto, é possível que as mudanças em relação ao estilo de vida possam acontecer e permanecerem contínuas.

A educação em saúde se torna de suma importância para essa população, tendo em vista o processo árduo e continuo imbricado na mudança de estilo de vida. Nesse sentido, faz-se necessário um olhar ampliado dos profissionais considerando a peculiaridade e possibilidade maior desses usuários em não conseguir manter o autocuidado. Com o desenvolvimento de uma clínica ampliada é possível desenvolver práticas adequadas e com significado para eles, almejando, assim, a qualidade de vida.

Referências

ALMEIDA, G.B.S.; RODRIGUES, J.P.; FREIRE, M.R. Acessibilidade dos usuários ao Programa de Controle do Tabagismo. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 3, p. 45-50, jul./dez. 2013. Disponível em:< http://hurevista.ufjf. emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2154/767>. Acesso em: 23 out. 2015.

AMARANTE, Paulo. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2ª.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 87-121.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes—2013. **Diabetes Care**. v.36, n.1,p. 511-566, 2013. Disponível em: http://care.diabetes.journals.org/content/36/Supplement_1/S11.extract. Acesso em: 24 out. 2014.

ARNAIZ, Mabel G. Aplicações da Antropologia à Alimentação: algumas propostas. In: CANESQUI, Ana M.; GARCIA, Rosa W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 287-303.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. 177f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível em: < http://www.cpqam.fiocru z.br/ bibpdf/2007azevedo-alm.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

BARBOSA, I.G; FERREIRA, R.A; HUGUET, R.B; ROCHA, F.L; SALGADO, J. V; TEIXEIRA, A.L. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **J Bras Psiquiatr.** n. 60, v. 4, p. 271-6, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000400007 &script =sci _ arttext> Acesso: 04 ago. 2014.

BARSAGLINI, R. A. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface**, Botucatu, v.12, n.26, jul./set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200800 0300009>. Acesso em: 14 out. 2015.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. Diabetes na perspectiva dos adoecidos. In: _____ As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.133- 185

BARSAGLINI, R.A.; A.M. CANESQUI. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.4, p.919-932. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/18.pdf >. Acesso em: 14 out. 2015

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; FARIA, A.P.S.; SANTOS, E.J.F.; CASTRO, P.; SOUZA, S.P.S.; MARUVAMA, S.A.T. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.3, p. 849-856, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/ pdf/v10n3a32.pdf >. Acesso em: 06 ago. 2014.

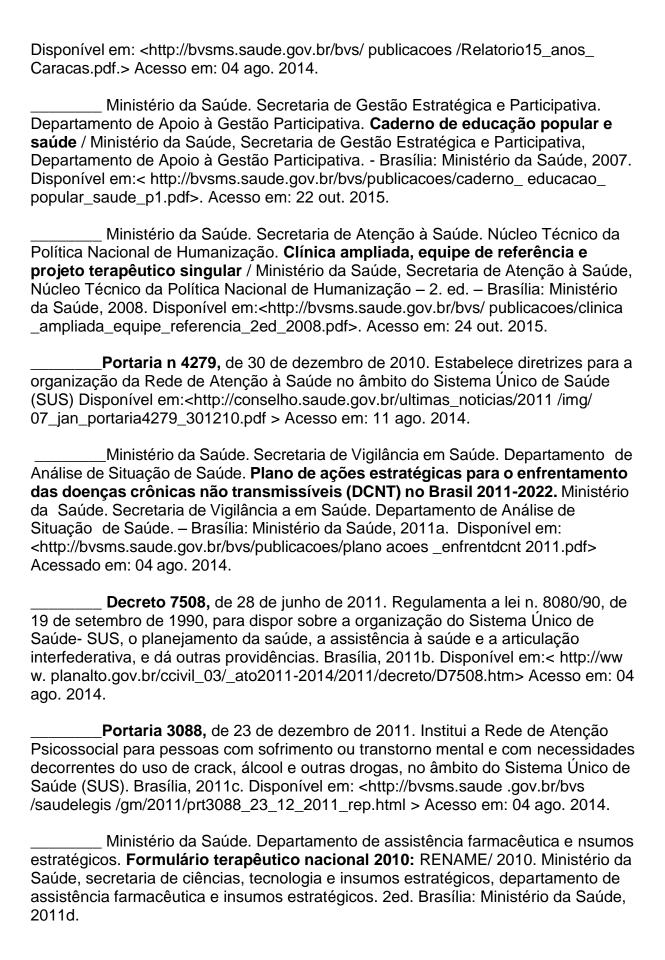
BORGES, Renata L. A. O tabaco no Rio Grande do Sul: analise da cadeia agroindustrial e dos possíveis impactos das políticas derivadas da Convenção-quadro para o Controle do Tabaco sobre a economia forrageira. 2011. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle /10183/34816/000781350.pdf?sequence=1> Acesso em 23 out. 2015.

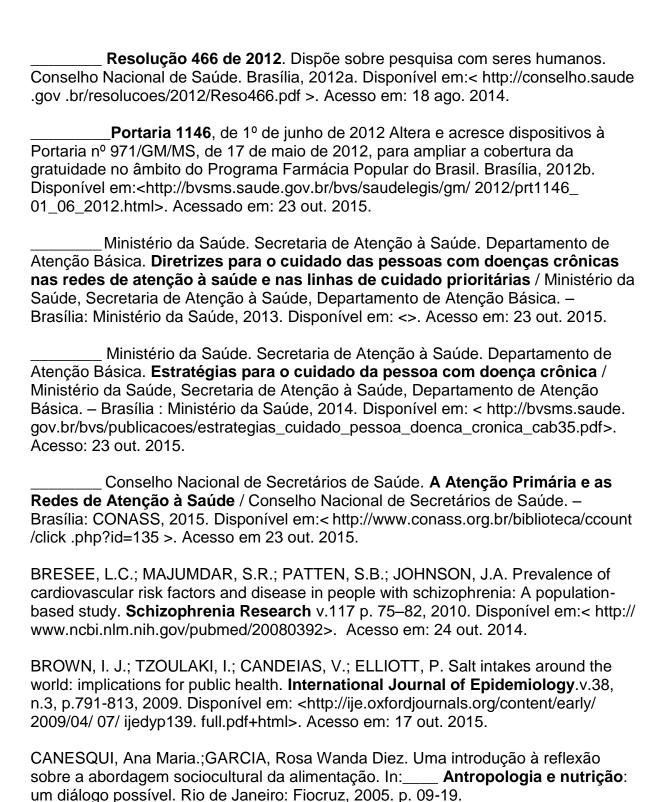
BRASIL. Portaria/SNAS n.224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o

funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Brasília, 1992. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/porta ria_n224.htm> Acesso em: 18 ago. 2014. Lei 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov .br/ ccivil 03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 22 out. 2015. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõem a proteção e os direitos dos portadores de transtornos psiquiátricos e a forma de atenção a saúde mental. Brasília, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/leis/leis 2001/ 110216.htm>. Acesso em: 11 ago. 2014. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em:m:m:m:m:m:m:m:. Acesso em: 23 out. 2015. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria %20GM %203 36-2002.pdf.>Acesso em: 11 ago. 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no

Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de

Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.





CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia. **Qualidade e organização do processo de trabalho na Atenção Básica**: percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde. 2011. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. universidade estadual paulista, Botucatu, 2011. Disponível em: < http://repositorio.unesp.br /bitstream/handle/1 1449/98422/carrapato _ifl_me_botfm.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 out. 2015.

- CAPSUL Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq, Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. Pelotas, 2007. 437p
- CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**. v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a12.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.
- CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul./set. 1997 Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.
- CECILIO, L. C. O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, março de 2003. (**mimeo**). Disponível em:< http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2014.
- CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben A. (Org). **Gestão em redes:** práticas, avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- CHEUICHE, E.M. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. **R. Psiquiatr**. v.26, n.2, p. 119-120, 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a02.pdf. Acesso em 24 jul. 2014
- CLARO, R. M.; SANTOS, M. A. S.; OLIVEIRA, T. P.; PEREIRA, C. A.; SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2): 257-265, abr-jun 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00257.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.
- COIMBRA, V. C. C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.** 2007. 299 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: < www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26062007-150738/ > Acesso em: 18 ago. 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN Nº. 311/2007. Disponível em: < http://se.corens. portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007> Acesso em: 18 ago. 2014.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE. **Região de saúde sul**, 2015. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/lista/160/3%C2%AA_CRS_(Pelotas)>. Acesso em: 06 out. 2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio e Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-168.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20Debate_n58.pdf Acesso em: 21 ago. 2014.

COSTA-ROSA, Abílio. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Unesp, 2013. Disponível em: http://www.editoraunesp.com.br/ /_img/livros/Capa_Atencao_psicossocial_(digital).pdf >. Acesso em: 18 ago. 2014

CUNHA, GUSTAVO TENÓRIO. As práticas integrativas como um caminho para a clínica ampliada. In:_____. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 129-150.

DALMOLIN, Bernadete M. Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 214p.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 166p.

GUIMARÃES, J; MEDEIROS, S.M; SAEKI, T; ALMEIDA, M.C.P. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, mai/ago. 2001. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20Debate_n58.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014.

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 53, n.1, p. 80-86, 2009. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. A.; MALTA, D. C. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n.24, v.1, p.07-18, jan./mar. 2015. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00007.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede em saúde. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/upload

- 1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20 como%20fazer.pdf.> . Acesso em: 18 ago. 2014.
- GARCIA, L. P.; SANT'ANNA, A. C. MAGALHÃES, L. C. G.; FREITAS, L.R.S. AUREA, A. P. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n.29, v.8, p.1605-1616, ago. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a13.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.
- GIUSTI, G. F.; AMORIM, S.R.; GUERRA, R. A.; PORTES, E.S. Endocrine disturbances related to the use of lithium. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 56, n.3, p.153-158, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/ scielo.php ?script= sci_arttext&pid=S0004-27302012000300001&Ing=en&nrm=iso&tIng=en>. Acesso em: 24 out. 2014.
- GOMES, F. A.; ALMEIDA, K.M.; MAGALHAES, P.V.; CAETANO, S.C.;KAUER-SANT'ANNA,M.; LAFER,B.; KAPCZINSKI, F. Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. **Rev Bras Psiquiatr**. v.35, n. 2, p. 126-130, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446201300 02 00 126&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 24 out. 2014.
- GUEDES, Ariane da Cruz. **Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história.** 2010. 165p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010. Disponível em:< http://pgenfermagem.ufpel.edu.br/site/uplo ads/dissertacoes /3c59d c048e8850243be8079a5c74d079.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2014.
- HARTZ; Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.1, p.331-336, 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf >. Acesso em: 30 out. 2014.
- HSU, J. -H.; CHIEN, I.-C.; LIN, C.-H.; CHOU, Y.-J.; CHOU, P. Hyperlipidemia in patients with schizophrenia: a national population-based study. **General Hospital Psychiatry** v. 34, p. 360–367, 2012. Disponível em: http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(12)00064-3/abstract. Acesso em: 24 out. 2014.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo:** um grave problema de saúde pública. 1ed 2007. Disponível em:< http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t _Tabagismo.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO de GEOGRAFIA e ESTATISTICA (IBGE). **População de Pelotas**, senso 2010. Disponível em: < http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.ph?co Dnum=431440>. Acesso em: 18 ago. 2014.
- ISER ,B. P. M..; STOPA , S. R. ; CHUEIRI, P. S.; SZWARCWALD, C. L..; MALTA, D. C.; MONTEIRO, H. O. C..; DUNCAN B.B. DUNCAN.; SCHMIDT, M.I. Prevalência de

- diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília,n. 24, v.2, p. 305-314, abr./jun . 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf> . Acesso em: 17 out. 2015.
- KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.R.; ANDRADE, F.P.; SILVA, R.C.; GOMES. A análise do estado de saúde geral dos usuários de CAPS I e II da região sul do Brasil. **Rev Enferm UFPe on line**. v. 5, n. 4, p. 1024-1031, 2011. Disponível em: <www.revista. ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../3080>. Acesso em: 04 ago. 2014.
- LACERDA, Alda.; VALLA, Victor V. As práticas terapêuticas do cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem A. (Org). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC /UERJ, ABRASCO, 2006.
- LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 615- 634
- LEE, S-Y.; PARK, M.-H.; PATKAR, A.A.; PAE, C.-U. A retrospective comparison of BMI changes and the potential risk factors among schizophrenic inpatients treated with aripiprazole, olanzapine, quetiapine or risperidone. **Progress in Neuro-Psycho pharmacology & Biological Psychiatry**. v. 35 p. 490–496, 2011. Disponível em:< http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584610004744 >. Acesso em: 24 out. 2014.
- MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L.; MOURA NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v 15, n.1, p. 47 65, 2006. Disponível em: http://www.cescage.com.br/ead/adm/shared/arq uivos/texto-obri.2_a-constru-%C2%BA-%C3%BAo-da-vigil--ncia-e-preven-%C2%BA-%C3%BAo-das-doen-%C2%BAas-cronicas.pdf. A cesso em: 04 ago. 2014.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunic, Saude, Educ.** 2010. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf. Acesso em: 18 ago. 2014.
- MALTA, D. C.; MOURA 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.425-38,out./dez. 2011. Disponível:http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf Acesso: 21 out. 2015.
- MALTA, D. C.; ISER, B. P. M.; SÁ, N. N. B.; YOKOTA, R. T. C.; MOURA, L.; CLARO, R. M.; LUZ, M. G. C.; BERNAL, R. I. T. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cad. Saúde**

- **Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v.4, p. 812-822, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/18.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em:< http://www. Scielo .br/pdf/csp/v20n5/37 >. Acesso em: 24 out. 2014.
- MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ªed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, Maria C.S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, Suely F.; MINAYO, Maria C.S. (Org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011 p.09-32.
- MINAYO, Maria C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, Suely F.; MINAYO, Maria C.S. (Org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30.ed. Petrópolis: Vozes, 2011p. 61-77
- MEIHY, José C.S.B.; HOLANDA, Fabíola. **História Oral:** como fazer, como pensar. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2011.
- MEIHY, José C.S.B.; RIBEIRO, Suzana S.L.S. **Guia prático de história oral:** para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2011.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007 apud MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 Disponível em: < http://www.saude.rj.gov.br/ docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>. Acesso em: 21 out. 2015.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 Disponível em: < http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>. Acesso em: 21 out. 2015.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, FRANCO, Túlio B.; Emerson E. (Org). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- NOVAKOSKI, L.E. As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde. In: RAYNAUT, C.(Org). **Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade.** Curitiba: Editora UFPR, 2002, p. 91-101.
- NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, n.48, v,6, p.968-976. 2014. Acessado em: 29 set. 2015. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0968.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

OLIVEIRA, Elisabete Porto. **Viagem na memória do Fragata**: estudo sobre a história e cultura de um "bairro cidade". 2007. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Patrimônio Cultural: Conservação de Artefatos) – Programa de Pós-Graduação em Artes. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007. Disponível: < http://wp.ufpel.edu.br/especializacaoemarte svisuais/files/2013/12/Elisabete-Porto-de-Oliveira-%E2%80%93-2007.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital**. 2005. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronicdise asereport/part1port.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2014. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/149296/1/ WHO_NMH_NVI_ 15.1spa. pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 22 out. 2015.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem A. (Org). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC /UERJ, ABRASCO, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Plano municipal de Saúde 2007-2009**, 2007. Disponível em: http://www.pelotas.rs.gov.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Resolução 1**, de 12 de setembro de 2011. Aprova a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, como instrumento técnico-normativo que reúne o elenco de medicamentos padronizados usados pela secretaria municipal de saúde. Disponível em:< http://www.pelotas.com.br/farmacia/arquivos/resolucao-sms-nr-01-2011-remume-2011.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Mapa urbano de Pelotas**, 2012. Disponível em: http://www.pelotas.com.br/servicos/inc/arquivos/MAPA_URBANO_CADASTRAL_2012.pdf. Acesso em: 16 out. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

PUPKO, V. B.; AZZOLLINI, S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. **Rev Argent Salud Pública**, v. 3, n.10, mar. 2012. Disponível em: http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf.>. Acesso em: 14 out. 2015.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 27, n.2, p.149-65, 2006. Disponível em: Acesso em: 20. Ago. 2014.">http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4592>Acesso em: 20. Ago. 2014.

REIS, J.S; ALVARENGA, T; ROSÁRIO, P.W.S; MENEZES, P.A.F.C;ROCHA, R.S; PURISCH,S. Diabetes Mellitus associado com drogas antipsicóticas atípicas: relato de caso e revisão de literatura. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 51, n. 3, p. 488-493, 2007. Disponívelem: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000300019 . Acesso em: 04 ago. 2014.

RIBEIRO, S.L. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 24, n.3, p. 92-99, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. Rio Grande do Sul, 1992. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/dirhum/legislacao/id326.htm Acesso em: 04 ago. 2014.

ROTOLI, Adriana. **Trajetória terapêutica e redes sociais de pacientes portadores de câncer:** assimetrias no atendimento de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/ bitstream /handle/10183/ 11265/ 000610 676.pdf?sequence=1> Acesso em: 05 ago. 2014.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Rede interfederativa da saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes (org). **Redes de atenção à saúde no SUS**. 2ª ed. Campinas/ SP: Saberes, 2011, p. 35-68.

SCHMIDT,M.I.; DUNCAN,B.B.; SILVA,G.A.; MENEZES,A.M.; MONTEIRO, C.A.;BARRETO,S.M.; CHOR,D.; MENEZES. P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em:< http://www.thelancet.com/journals/ lancet /arti cle /PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext> Acesso em: 24 out. 2014.

SCHRANK, Guisela. **O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família.** 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/ bitstream/ handle/10183/8228/000571724.pdf?sequence=1> Acesso em: 05 ago. 2014.

SILVA, Denise Ely. **Restaurante popular:** uma forma de acesso à alimentação adequada. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em: < pos.ucpel.tche.br/dissertacoes-ppgps/?action=download&file...>. Acesso em: 24 out. 2015.

SILVA S. T.; MARTINS, M. C.; FARIA, F. R.; COTTA, R. M. M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v.2, p. 539-552, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00539.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

SILVA JUNIOR, Aluísio G; ALVES, Carla A.; ALVES, Marcia G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem A. (Org). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2005.

SILVA JUNIOR, Aluísio G.; MERHY, Emerson E.; CARVALHO, Luís C. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem A. (Org). **Construção da integralidade:** cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** 2006. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp. Acesso em: 20 ago. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/ /Diretriz hipertensaoassociados.pdf> Acesso em: 20 ago. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** OLIVEIRA, José E. P.; VENCIO, Sergio.(Org). São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOUZA, Silvia Alves de. **Saúde Mental e Doenças Crônicas:** uma abordagem na atenção psicossocial. 2014. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S. P. D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v.1, p.100-10, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15. pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf >. Acesso em: 16 out. 2015.

TEIXEIRA JUNIOR, Sidnei. Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em:< http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28044/000768950.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2014.

UNICEF. Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados Primários em Saúde**. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde .Alma-Ata, URSS. UNICEF- Brasil, 1979.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Centro de Diabetes e Hipertensão** (CDH) Informe Institucional. Disponível em:< http://ccs2.ufpel.edu.br/wp /2015/08/27/centro- de-diabetes-e-hipertensao-sera-inaugurado-em-pelotas/.>Acesso em: 23 out. 2015.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão W. S.(Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-564.

VALLA, Victor V.; GUIMARÃES, Maria B; LACERDA, Alda. A religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem A. (Org). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC /UERJ, ABRASCO, 2006.

VELOSO, N.S.; RODRIGUES, C.A.Q.; LEITE, M. T. S.; OTTONI, J.L.M. VELOSO, G.C.C.; RODRIGUES, R. M.; BANDEIRA, G. A. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Florianópolis, n. 6, v. 20, p. 193-8, jul./set. 2011. Disponível em: http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/216/317>. Acesso em: 17 out. 2015.

VIDEBECK, Sheila. L. Teorias Neurobiológicas e Psicofarmacologia. In: ____ **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 31-56.

ZORTÉA, K; GUIMARÃES, L.R; GAMA, C.S. BELOMONTE-DE-ABREU, P.S. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **J Bras Psiquiatr.** v.50, n. 2, p. 126-130, 2010. Disponível em: < http://www.scielo. br / pdf/jbpsiq/v59n2/a08v59n2.pdf > Acesso em: 04 ago. 2014.

ZILLMER, J. G. V.; SALCI, M. A.; ROZZA, S. G.; ALVAREZ, A. M.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA D. M. G. V. Autodeterminação de pessoas em condição crônica: abordagem reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n. esp., p. 7215-21, dez. 2013. Disponível em: < www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8209>. Acesso em: 23 out. 2015.

WILLRICH, Janaína Q.; KANTORSKI, Luciane P. **CAPS Castelo**: um pouco da história da loucura em Pelotas. Pelotas: EDUFPel, 2008. 216p.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248



Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem

Venho através do mesmo, convidar o senhor (a) para participar da pesquisa "Usuários de Saúde Mental e suas Trajetórias Terapêuticas: na Rede de Atenção a Saúde frente à Hipertensão e/ou Diabetes *mellitus*". Que será realizada como parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFPel. Este estudo tem por objetivo conhecer as trajetórias terapêuticas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II na rede de atenção a saúde frente à para hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Esta pesquisa pode oferecer como riscos aos seus participantes o desconforto relacionado aos questionamentos. No momento que o senhor (a) não se sentir a vontade de continuar sua fala seu desejo será respeitado e a entrevista interrompida. Como benefícios ao participar desta pesquisa haverá a troca de conhecimentos e reflexões sobre o tema entre o pesquisador e o senhor (a), assim o conhecimento gerado a partir da pesquisa pode vir a contribuir para um cuidado integral. A partir do reconhecimento de suas trajetórias o senhor pode ser capaz superar as barreiras ao acesso dos serviços de saúde.

Informo deste então que é permitida a sua desistência de participação desta pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ao senhor (a). Haverá a garantia de privacidade a sua identidade através do anonimato com a preservação do seu nome. Os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para a organização dos dados será necessário o uso de gravador digital durante a realização das entrevistas. Fui informado (a) da liberdade de retirar meu consentimento e que responderei as questões de livre e espontânea vontade, este documento será elaborado em duas vias ficando uma em meu poder e a outra em poder da pesquisadora.

A coleta de dados será realizada pela Enfermeira Silvia Alves de Souza sob a orientação da Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra, em dias e horários acordados entre os participantes do estudo e a pesquisadora.

Pelotas,de		de 2018	Э.			
Euforma clara e detall da coleta de dados.	nada, livre de				claro que fui info s objetivos e o p	
	pante	-		Assinatu	ıra Mestranda	
Fone:						
Prof ^a . Dr ^a Valéria Cı	ristina Christell	o Coimbra.	Cel: (53	9)911952	287. Orientadora.	
Silvia Alves	de So	uza. C	el:	(53)	91927714.	Mestranda

Apêndice B- Instrumento de Pesquisa

Nome:	
Data de Nascimento:	
Idade:	
Escolaridade:	
Profissão:	

Fale-me como o senhor (a) tem buscado o cuidado para hipertensão e/ou diabetes?

Apêndice C- Roteiro de Observação Participante

Relação dos usuários com a rede formal e informal

Relação com os familiar (es) e/ou cuidador (es) que ajudam e/ou cuidam do usuário.

Atitudes do usuário em relação aos cuidados com sua alimentação e atividade física.

Relação do usuário entrevistado com outros usuários dos serviços (cuidado a saúde).

Atitude do usuário frente às exposições cotidianas e sociais que disparam suas dificuldades com o cuidado com a doença.



Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Usuários de Saúde Mental e suas Trajetórias Terapêuticas na Rede de Atenção a

Saúde frente à Hipertensão e/ou Diabetes mellitus

Pesquisador: Silvia Alves de Souza

Área, Temática: Versão: 2

CAAE: 43097015.9.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.054.576 Data da Relatoria: 18/05/2015

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa busca conhecer as trajetórias terapêuticas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II na rede de atenção a saúde frente à para hipertensão e/ou diabetes mellitus. Se caracteriza como qualitativa, exploratória, descritiva do tipo estudo de caso. O estudo será realizado em um CAPS do tipo II em Pelotas, localizado no bairro Fragata. Farão parte do estudo cinco usuários de um CAPS que tenham diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus. A coleta de dados será realizada com a abordagem História de Vida Focal (HVF). As entrevistas

serão realizadas a partir de uma pergunta norteadora "Fale-me como o senhor (a) tem buscado o cuidado para hipertensão e/ou diabetes?" A análise dos dados será realizada a partir da análise temática, iniciada através das transcrições fidedignas das entrevistas, agrupando os resultados em categorias e subcategorias. Visando encontrar respostas para a questão norteadora. Pressupostos: - "A rede de cuidado compreende de forma fragmentada as necessidades dos usuários". - "Açõescompartilhadas entre os serviços de saúde podem contribuir para o cuidado integral, estes atentando para as necessidades do usuário". - "Existe uma rede de atenção à saúde pactuada e organizada, no entanto, os usuários não a utilizam em sua totalidade, pois as desconhecem".

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.054.576

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Conhecer as trajetórias terapêuticas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II na rede de atenção a saúde frente à para hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Objetivos Secundários

Identificar as potencialidades encontradas pelos usuários na construção de suas trajetórias terapêuticas;

- Especificar os desafios encontrados na rede pelos usuários na construção de suas trajetórias terapêuticas;
- Descrever a rede de atenção a saúde acionada pelos usuários na busca pelo cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa pode oferecer como riscos aos seus participantes o desconforto relacionado aos questionamentos. No momento que o senhor (a) não se sentir a vontade de continuar sua fala seu desejo será respeitado e a entrevista interrompida.

Benefícios: Como benefícios ao participar desta pesquisa haverá a troca de conhecimentos e reflexões sobre o tema entre o pesquisador e o senhor (a), assim o conhecimento gerado a partir da pesquisa pode vir a contribuir para um cuidado integral. A partir do reconhecimento de suas trajetórias o senhor pode ser capaz superar as barreiras ao acesso dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a prevenção e o cuidado nas doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão a partir da vivencia dos usuários do CAPS em relação a sua doença e escolha do tratamento e o acessoa as redes de apoio. Está em consonância com os princípios éticos da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada

TCLE: adequado

Carta Anuência: adequada Instrumento: adequado Cronograma: adequado

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.054.576

Recomendações:

Devolver os resultados no serviço onde os dados foram coletados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 08 de Maio de 2015

Assinado por: Marilu Correa Soares (Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br