

## **SIGNIFICADOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇAS CRÔNICAS-CUIDADO PARA ENFERMEIROS QUE ATUAM NA SAÚDE PÚBLICA**

*Caroline Luiza Bailona de Vasconcelos  
Cintia Braghetto Ferreira  
Ana Laura Gomes*

Universidade Federal de Goiás, Jataí - GO, Brasil

*Yasmin Livia Queiroz*

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

### **RESUMO**

O presente estudo está orientado pela perspectiva do construcionismo social e objetivou compreender e descrever os significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de um município goiano. Para tanto, foram realizadas 11 entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas, transcritas e organizadas nas temáticas saúde-doenças crônicas-cuidado. Os resultados mostraram que os significados de saúde-doenças crônicas-cuidado estiveram ancorados nos preceitos do modelo biopsicossocial. Contudo, as práticas de cuidado fundamentaram-se no modelo biomédico, demonstrando uma dualidade entre teoria e prática no âmbito da educação em saúde praticada pelos participantes do estudo. Assim, aponta-se a relevância de espaços reflexivos para tais profissionais visando à construção de práticas de cuidado alinhadas ao modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: saúde; doenças crônicas; tratamento.

### **MEANINGS OF HEALTH-CHRONIC DISEASE-CARE PROCESS FOR NURSES WORKING IN PUBLIC HEALTH**

#### **ABSTRACT**

This study is oriented through the perspective of social constructionism and aimed to understand and describe the meanings of health-chronic disease-care for nurses in the Family Health Basic Units in a city in the state of Goiás. Therefore, 11 semi-structured interviews were performed, recorded, transcribed and organized according to health-chronic disease-care thematic. Results showed that the meanings of health-chronic disease-care were anchored in the bio psychosocial model precepts. However, care practices were based on the biomedical model, demonstrating a duality between theory and practice in health education practiced by the participants. Thus, it indicates the importance of reflective settings for professionals aiming the construction of care practices aligned to the bio psychosocial model.

Keywords: health; chronic diseases; treatment.

SIGNIFICADOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD CRÓNICAS-CUIDADO PARA LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN LA SALUD PÚBLICA

RESUMEN

Este estudio está orientado por la perspectiva del construccionismo social y tuvo como objetivo comprender y describir los significados del proceso salud-enfermedad crónicos-atención para las enfermeras en la Unidades Básicas de Salud Familia (UBSFs) del municipio de Goiás. Con este fin, hubo 11 entrevistas semi-estructuradas, que fueron grabadas, transcritas y organizadas en los temas salud-enfermedad crónicos-atención. Los resultados mostraron que los significados de salud-enfermedad crónicos-atención, estaban anclados en los preceptos del modelo biopsicosocial. Sin embargo, las prácticas de atención se basan en el modelo biomédico, lo que demuestra una dualidad entre la teoría y la práctica en la educación en salud realizada por los participantes. Así, se señala la importancia de los espacios de reflexión para estos profesionales para la construcción de las prácticas de cuidado alineados al modelo biopsicosocial.

Palabras-clave: salud; las enfermedades crónicas; el tratamiento.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) acometem principalmente a população com faixa etária inferior a 70 anos de idade e são responsáveis por 70% das causas de morte no Brasil, configurando-se assim como um problema de saúde pública (IBGE, 2014). As DCNTs comumente podem ser causadas pela combinação de múltiplos fatores, tais como biológicos, socioculturais e comportamentais. Desenvolvem-se gradativamente, gerando necessidade de cuidado contínuo e acompanhamento constante. Se não acompanhadas adequadamente podem apresentar períodos de agudização, provocando possíveis incapacidades e até a morte. Para um tratamento efetivo é necessário não somente uma grande assistência médica, mas um autocuidado e uma atenção familiar e comunitária que realmente possam trazer resultados significativos como maior expectativa de vida, assim como bem estar psicológico e físico (Brasil, 2014; Lyons & Chamberlain, 2006).

Dentre a grande variedade das DCNTs, as que possuem maior destaque, sejam por seus fatores de risco e/ou prevalência são: as doenças cardiovasculares; o diabetes; as doenças respiratórias crônicas; o câncer e as doenças neuropsiquiátricas (Brasil, 2013; IBGE, 2014). As principais categorias de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças que diminuem qualidade e anos de vida são: alcoolismo, tabagismo, estresse, excesso de peso, sedentarismo, níveis elevados de colesterol e alimentação inadequada (Veras, 2012; IBGE, 2014).

As doenças crônicas envolvem toda uma rede de cuidados, sejam eles do próprio indivíduo para consigo mesmo, além do cuidado prestado por cuidadores e profissionais de saúde. Cuidado pode ser definido como atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. É perceber o outro como ele é, e como se apresenta, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Além disso, há que se considerar as emoções e a história de vida da pessoa a ser cuidada. Ressalta-se, ainda, que o cuidador deva realizar ou auxiliar somente em tarefas que o indivíduo cuidado não consiga realizar (Brasil, 2009).

Portanto, o cuidador é aquele que cuida, acompanha e auxilia uma pessoa da família ou da comunidade, mas essa nomenclatura de cuidador não é conferida àqueles que realizam cuidados técnicos, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e outros (Brasil, 2009). Mas quando se analisa o trabalho realizado por tais profissionais de saúde é difícil não atribuir as características apresentadas anteriormente a tais profissões. Assim, pode-se afirmar que suas ações são de cuidado, assim como aqueles que acompanham o enfermo, principalmente quando se observa os doentes crônicos, que mantêm normalmente acompanhamento constante com tais profissionais (Amaral, Morais, & Ostermann, 2010).

## **PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CUIDADO EM SAÚDE**

O exercício do cuidado em saúde pode ser compreendido ao se retomar os valores que regem os modelos biomédico e biopsicossocial de cuidado, os quais passam por diferentes significados de acordo com o tempo. O modelo biomédico, por exemplo, propõe a identificação e posteriormente o tratamento de doenças, preocupando-se exclusivamente com a patologia encontrada e o cuidado físico do ser humano. Contudo, é um modelo reducionista, o que motivou a Organização Mundial de Saúde, em 1948, a propor o modelo biopsicossocial, o qual concebe a saúde em suas dimensões orgânicas, psicológicas e sociais (Lyons & Chamberlain, 2006).

Estudos mais recentes, como o de Veras (2012), que avaliou os dados apresentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006) sobre o modo como as operadoras trabalham com promoção e prevenção de saúde, constatou que os projetos de prevenção desenvolvidos priorizam a doença, sendo sua maioria voltados exclusivamente para a identificação de distúrbios. Porém, Lima, Lobo, Acioli e Aguiar (2012) também verificaram, a partir de entrevistas com cinco profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), com o objetivo de analisar as percepções de tais profissionais sobre a operacionalização da integralidade na atenção à saúde, que todos os entrevistados demonstraram preocupação com fatores além do físico e da doença instalada, focando no tratamento do indivíduo como um todo. Contudo, esses profissionais destacaram que há uma preferência pela figura do médico na comunidade, fortalecendo assim a hegemonia do modelo biomédico dentro de tais instituições.

Favoreto e Cabral (2009) também encontraram um discurso biologicista ao realizarem um grupo de debate com 62 pessoas com doenças crônico-degenerativas. Os relatos tanto dos profissionais de saúde como dos pacientes foram completamente voltados para a doença, como se ela fosse a única coisa a ser cuidada. Veras (2012) também identificou o mesmo discurso na coleta dos seus dados. Sendo assim, esses estudos demonstram o quanto a visão biomédica ainda é reproduzida por todos os que convivem com o adoecimento.

Lyons e Chamberlain (2006), Favoreto e Cabral (2009) apesar de encontrarem em seus estudos uma visão biologicista dos profissionais de saúde no exercício do cuidado em saúde, verificaram também que esses mesmos profissionais demonstram que o conceito de saúde pode estar relacionado à qualidade de vida, lazer e autoestima, dentre outros. Pode-se mencionar Scliar (2007), que afirma que os conceitos de saúde e doença se modificam de acordo com a época, o lugar, a classe social, os preceitos e preconceitos de cada indivíduo.

Em relação ao foco do cuidado em saúde, um estudo realizado a partir de dados secundários apresentados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de 2012, referentes a 17.202 equipes de Saúde da Família, mostram que mais de 70% dessas equipes relatam realizar atos de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônicas, confirmando a preocupação voltada para tais doenças que podem ser evitadas ou reduzidas a partir de práticas de prevenção primária como atividades físicas constantes e práticas de alimentação saudável, dentre outras (Medina et al., 2014).

Ainda em relação aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, podem-se citar os enfermeiros que atuam em equipes de Saúde da Família, os quais foram estudados por Balduino, Mantovani e Lacerda (2009), cujos resultados mostraram que os oito enfermeiros pesquisados executam suas ações baseados na compreensão e no respeito ao paciente como um ser total, enfatizando não somente fatores biológicos, mas seus valores, crenças, sentimentos e emoções. Além disso, os participantes ainda se referiram ao cuidado como um ato de amor e dedicação.

No contexto hospitalar, Chernicharo, Silva e Ferreira (2011), mostraram em um estudo com 12 enfermeiros, que a realização dos cuidados nesse contexto é influenciada pelo ambiente estressor do hospital, acompanhado de uma exaustiva carga horária de trabalho, o que pode contribuir para que os profissionais de saúde tornem seus afazeres menos humanizados. Complementado por Souza, Medeiros, Júnior e Albuquerque (2014), ao afirmarem que profissionais de saúde, ao entrarem em contato com o paciente, apresentam dificuldades em prestar todos os cuidados que relatam ser necessários, seja pelo déficit no número de profissionais, ou pela falta de equipamentos e/ou grandes filas de espera para tratamentos especializados.

Outro desafio encontrado por profissionais de saúde no cuidado prestado a pacientes crônicos é que a transmissão das informações sobre o cuidado em saúde possa ser compreendida pelo paciente, assim como promotoras de adesão ao tratamento, visto que muitas vezes o profissional explicita suas significações de bem-estar e saúde para o paciente e este compreende de acordo com suas próprias significações, configurando-se assim a educação em saúde pautada no modelo biomédico, na qual regras são ditadas para que o outro as siga passivamente, mesmo que o próprio educador encontre dificuldades em segui-las (Figueira, Davis, Morais, & Lopes, 2015; Reis, 2007).

Ainda em relação à educação em saúde, Reis (2007) apresenta duas possibilidades sobre a referida prática. A primeira, ancorada no modelo biomédico, tem como foco a doença e o paciente é completamente passivo na prevenção e no tratamento sendo, portanto, um tratamento unilateral da doença. E o modelo biopsicossocial, que seria o mais efetivo, pois o paciente tem um papel ativo no seu tratamento, existindo uma integração dos sentimentos, comportamentos, pensamentos e bem estar do paciente sobre os processos de saúde e doença, proporcionando uma autonomia ao portador de doença crônica, que será o responsável por construir os objetivos e métodos para o alcance das mudanças no decorrer do processo terapêutico (Lyons & Chamberlain, 2006).

Todavia, apesar do modelo biopsicossocial ser considerado o mais adequado para o cuidado em saúde, e que se observe a relevância de um tratamento que envolva o paciente como um todo, ainda a prática desse modelo representa um desafio colocado para as equipes de saúde, pois não há uma única forma de operacionalizá-lo, o que exige, portanto, inovação das equipes, trabalho conjunto, respeito ao paciente, suspensão das crenças dos profissionais de saúde e o rompimento de padrões arraigados de assistência

(Barbosa, Bobato & Mariutti, 2012; Franco & Merhy, 2013; Lima, Lobo, Acioli, & Aguiar, 2012; Reis, 2007).

Sendo assim, a partir dos estudos apresentados, percebe-se a relevância da compreensão do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para profissionais de saúde, na tentativa de identificar e descrever os sentidos e as práticas de cuidado em saúde construídas pelos referidos trabalhadores.

Utilizou-se como referencial teórico o construcionismo social. Para Spink (2003), na concepção dessa abordagem, temos uma infinidade de possibilidades de sentidos que são construídos socialmente, no contexto das relações sociais, datadas historicamente e culturalmente localizadas, cuja finalidade é possibilitar que situações e fenômenos possam ser compreendidos.

Segundo Gergen (1996), o referencial construcionista social se baseia em quatro concepções básicas: a) os termos que adotamos para designar o mundo e nós mesmos não são ditados por objetos estipulados a partir de uma orientação individual, mas definimos o mundo a partir de uma perspectiva coletiva; b) as formas pelas quais alcançamos o entendimento do mundo e de nós mesmos são artefatos sociais, produzidos historicamente e culturalmente, situados nas relações; c) uma descrição dada ao mundo e ao eu, sustentada ao longo do tempo, não é dependente de uma validade objetiva, mas do próprio processo social; d) para analisarmos as formas discursivas é de suma importância analisar os padrões de vida cultural.

Diante disso, para Spink e Medrado (2000), o construcionismo social se interessa pelo estudo dos processos por meio dos quais as pessoas explicam, descrevem ou compreendem o mundo em que estão inseridas e, portanto, como pontua Gergen (1996), o foco está na compreensão das relações sociais e não no nível psíquico dos indivíduos. Nessa perspectiva, destaca-se a linguagem, a história e a concepção de pessoa. A linguagem, especificamente, é uma categoria de importante destaque, visto que é ela que constrói o mundo a todo momento (Rasera, 2004). Por esse motivo, é importante a compreensão das práticas, ou seja, narrativas, conversas, e dos repertórios de interpretação utilizados para que as mesmas sejam produzidas (Spink & Medrado, 2000). Na vida cotidiana, é possível destacar que o sentido é resultante da utilização de repertórios interpretativos que estão disponíveis a todos, ou seja, o conjunto de figuras de linguagem, descrições, termos, dentre outros (Spink & Medrado, 2000).

A história é a segunda dimensão que sustenta essa abordagem, cuja caracterização situa-se na interface de três tempos históricos: “o tempo longo, que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o tempo vivido, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização, e o tempo curto, marcado pelos processos dialógicos” (Spink & Medrado, 2000, p. 51). Portanto, pode-se afirmar que a investigação sobre a produção de sentidos é um trabalho que necessariamente deve levar em consideração a dimensão sócio-histórica e que exige a aproximação ao contexto social e cultural no qual determinado fenômeno social está inserido (Spink & Medrado, 2000). A terceira dimensão dessa abordagem é a noção de pessoa, cujo foco está na dialogia, ao invés de privilegiar a individualidade. Nesse sentido, os processos mentais das pessoas são considerados enquanto práticas discursivas (Rasera, 2004).

Com essas considerações, pode-se pontuar que para essa abordagem o conhecimento não é algo a ser possuído, mas sim construído na coletividade, produzindo constantemente muitos sentidos, observando-se os fenômenos sociais sob a perspectiva da tensão entre a universalidade e a particularidade, com o intuito de

produzir instrumentos que sejam capazes de transformar a ordem social. Nessa perspectiva, o sujeito é resultado e produtor da realidade social (Spink & Medrado, 2000).

Tomando como referência as premissas apresentadas sobre o construcionismo social, quando se analisam os sentidos e as práticas de cuidado em saúde construídas pelos trabalhadores participantes do presente estudo, propõe-se a análise desses sentidos e práticas criticando os modos vigentes de cuidado em saúde enquanto verdades absolutas (Spink, 2000), por meio do rompimento com aquilo que é familiar (McNamee & Hosking, 2012), possibilitando assim a construção de práticas sociais (Lorenzi, Rissato, & Silva, 2012) e de cuidado em saúde diferentes das vigentes no momento histórico-social vigente.

## **MÉTODO**

A presente pesquisa foi do tipo qualitativa-descritiva e deriva de um projeto maior, que visa compreender o processo saúde-doenças crônicas-cuidado para pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. Especificamente, neste artigo, buscou-se identificar e descrever os significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros de UBSFs de um município goiano. A escolha do enfermeiro como profissional de saúde se deu pelo contato maior que ele tem com os pacientes das unidades em que trabalha, quando comparado a outros profissionais de saúde.

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas como instrumento de coleta de dados, sendo realizadas apenas após aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 120/13) e posteriormente a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos entrevistados. As entrevistas versaram sobre os temas saúde, doenças crônicas, cuidado e foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados, ou seja, nas UBSFs do município onde o estudo foi realizado, sendo marcadas com antecedência buscando informar os participantes sobre o objetivo da pesquisa e o esclarecimento da voluntariedade na participação, contando apenas com a presença da pesquisadora e do participante da pesquisa. Os critérios de seleção para participação no estudo foram trabalhar em UBSF e ser enfermeiro.

O município onde o estudo foi realizado contava com 14 UBSFs no período em que os dados foram coletados, sendo três delas localizadas na zona rural e uma policlínica. Das UBSFs aqui citadas, a policlínica, assim como as da zona rural, não foram pesquisadas, em virtude da dificuldade de acesso geográfico às unidades. Portanto, a amostra foi composta por 11 entrevistados das 10 UBSFs que existiam no município onde foi realizado o estudo. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos. Todas foram gravadas, transcritas na íntegra e organizadas nas temáticas saúde-doenças crônicas-cuidado e analisadas ancoradas na literatura sobre o processo saúde-doença-cuidado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo, assim como sua discussão, estão subdivididos em dois momentos. No primeiro deles apresentam-se os dados sociodemográficos dos entrevistados e, no segundo momento, são apresentadas e discutidas as falas dos participantes sobre o processo saúde-doenças crônicas-cuidado.

Tabela 1.  
*Dados sociodemográficos dos entrevistados*

Entrevistados (números)	Sexo	Idade (anos)	Tempo médio de atuação na instituição
1	Feminino	32	8 anos
2	Masculino	24	2 meses
3	Feminino	29	4 anos
4	Feminino	23	1 mês
5	Feminino	26	2 anos e 6 meses
6	Masculino	29	3 meses
7	Masculino	35	2 anos e 4 meses
8	Masculino	37	2 anos
9	Feminino	44	9 anos
10	Feminino	35	7 anos
11	Feminino	27	4 anos

Como se pode observar na Tabela 1, foram realizadas entrevistas com 11 participantes, sendo sete mulheres e quatro homens que possuíam entre 23 e 44 anos de idade. Os entrevistados apresentaram entre um mês e nove anos de trabalhos prestados nas UBSFs. Além disso, no decorrer das entrevistas três entrevistados afirmaram não possuir qualquer especialização e todos cumpriam uma carga horária de 40 horas semanais.

Nas entrevistas realizadas percebeu-se que os profissionais entrevistados demonstraram uma visão ampliada do conceito de saúde, como se pode acompanhar a seguir.

*Antigamente se achava que saúde era exclusão de doença... hoje a gente sabe que são vários fatores que determina essa saúde... (Entrevistado 1).*

*É um processo de bem estar né, não só corporal, mas também mental e espiritual da pessoa... se ela estiver bem consigo e com seu corpo também (Entrevistado 2).*

*É bem estar mental e de corpo, é bem estar físico e mental e tendo os dois né já é meio caminho andado (Entrevistado 3).*

*Saúde é um conjunto de fatores, saúde é a não doença, é um conjunto de fatores, a saúde não é só a ausência de doença, a saúde é o bem estar também, é a autoestima realizada, tudo isso junto (Entrevistado 6).*

*Na verdade saúde é você estar num bem estar completo, tanto físico, como meio ambiente, como psicológico, é uma junção de tudo isso (Entrevistado 11).*

Percebe-se que as falas dos entrevistados sobre saúde concordam com os achados de Lima et al. (2012), Favoreto e Cabral (2009), ao afirmarem que profissionais de saúde representam o conceito de saúde como algo que engloba fatores físicos, mentais, biológicos, assim como a totalidade do indivíduo demonstrando, portanto, uma

visão mais próxima do modelo biopsicossocial, o qual também não promove a cisão entre mente e corpo, tão difundida no modelo biomédico (Lyons & Chamberlain, 2006).

Ainda em relação ao conceito de saúde, alguns entrevistados destacaram que o bem-estar total não pode ser alcançado, pois afirmaram que sempre há algo que nos aflige e nos desmotiva, ou seja, alcançar a saúde total é quase impossível.

*Bom, que a pessoa esteja bem tanto fisicamente, mentalmente, socialmente, então nesse ponto de vista eu acho muito difícil considerar uma pessoa com plena saúde hoje, né... (Entrevistado 4).*

*Ministério da saúde tá por fora, não entende nada... a saúde total você não tem, você não tem nenhum usuário, nem profissional, não tem ninguém que tenha saúde total, ele sempre vai ter alguma coisinha que não tá legal (Entrevistado 9).*

*Complicado dizer isso, né, que a pessoa consegue ter tudo isso de uma vez só, né, então digamos que quase todo mundo é doente (Entrevistado 10).*

As falas apresentadas parecem retomar a afirmação de Scliar (2007) ao apontar que a ampliação do conceito de saúde formulado pela OMS, em 1948, gerou muitas críticas, sendo estas de cunho técnico, político e libertário. Contudo, entende-se que não se pode reduzir tal conceito pela dificuldade em alcançá-lo, visto que no Programa de Saúde da Família (PSF) o trabalho é de ordem multidisciplinar, o que também contribui e auxilia a equipe de profissionais na execução de uma prática que envolva a totalidade do sujeito (Brasil, 2014).

Ao discutir o conceito de doença, os profissionais de saúde reafirmaram os significados narrados sobre saúde.

*Doença é qualquer coisa que deixa a pessoa mal, para falar a verdade é isso, ou fisicamente ou mentalmente ou qualquer coisa é igual quando eu tava falando de saúde (Entrevistado 3).*

*Tudo isso que eu falei ao contrário, né, a pessoa que não está bem, nem socialmente, nem mentalmente, nem fisicamente (Entrevistado 4).*

*Pra mim, doença é aquilo que te tira o sono, nem sempre a doença é física, igual eu falei no caso da saúde, às vezes, a doença é muito mais psicológica do que física, e essa é muito mais grave (Entrevistado 9).*

*Volta pelo mesmo princípio da saúde, né, doença é a falta de todo esse bem estar, de toda essa harmonia entre esses três elementos, tanto físico, como mental, como ambiental, né (Entrevistado 11).*

Os relatos apresentados mostram a participação dos valores do modelo biopsicossocial para a construção dos significados de doença construídos pelos entrevistados, demonstrando que a conceituação de doença, neste estudo, está intimamente ligada ao conceito de saúde, o que parece mostrar a visão de integralidade de sujeito para os profissionais participantes (Lyons & Chamberlain, 2006).

Em relação à temática do cuidado, foi recorrente na fala dos entrevistados a concepção de que o cuidado em saúde fornecido ao doente crônico é algo difícil de ser construído.

*O crônico é um processo de paciência, um processo difícil... (Entrevistado 1).*

*Eu acho difícil, não, é um desafio difícil, a palavra é essa, um desafio (Entrevistado 2).*

*Esse cuidado é muito difícil... (Entrevistado 4).*

*É muito difícil... (Entrevistado 5).*

*É complicado (Entrevistado 6).*

*Tem suas limitações, tem suas dificuldades (Entrevistado 8).*

*É difícil... Então assim, é complicado, é difícil... (Entrevistado 9).*

*Não é fácil... mas, na maioria das vezes, é complicado (Entrevistado 10).*

*...é complicado você conseguir trabalhar com um paciente desse, bem complicado mesmo (Entrevistado 11).*

As justificativas utilizadas pelos enfermeiros entrevistados para as dificuldades enfrentadas no cuidado dos doentes crônicos estão associadas à não adesão às orientações prestadas, como se pode acompanhar a seguir.

*A gente planeja, a gente tem metas pra cumprir, né, aí ele chega aqui no mês que vem todo descompensado a gente fica frustrado a gente fala “mais meu Deus do céu, mas quanta orientação a gente deu, né, e aí a gente não vê resultado” (Entrevistado 4).*

*A dificuldade maior que a gente tem é dos pacientes aderir aos tratamentos (Entrevistado 5).*

*...você explica, você orienta e a pessoa simplesmente não aceita, não quer, não consegue aí é onde tem que entrar outras áreas também, o doente crônico é sempre complicado, quando ele adere aí é perfeito (Entrevistado 6).*

*...você acaba de falar uma coisa “você entendeu? Entendi. Então me explica o que eu te falei.”, a pessoa não sabe, aí você percebe que aquela mensagem não foi captada (Entrevistado 7).*

*Eles acham que não, que tá bem, tá aquela coisa toda; você tenta falar isso, você fala, fala, fala, você tem todo o seu discurso... você fica apavorada porque essa pessoa pode ter alguma coisa ali na tua frente, a pessoa simplesmente vira pra você e diz: eu não vou (Entrevistado 9).*

*... a pessoa não faz o que deveria ser feito (Entrevistado 10).*

*Quando se trata de doenças crônicas é bem complicado você fazer o paciente entender que ele precisa de se cuidar, que é para o bem dele e acaba que a gente não vê uma troca, a gente fala, fala... toda vez que vem é a mesma coisa, a gente fala as mesmas coisas, eles estão cometendo os mesmos erros (Entrevistado 11).*

Sendo assim, é perceptível a visão biologicista nas falas apresentadas dos participantes, ao afirmarem que informar e conversar com o paciente são suficientes para a mudança dos hábitos diários (Souza et al., 2014). Além disso, percebe-se nas falas que o modo de educação em saúde utilizado pelos profissionais não está resultando em mudança comportamental dos pacientes, visto que uma prática saudável de cuidado é definida a partir das percepções pessoais, levando em conta expectativas, crenças, valores, motivos, personalidade e sentimentos dos pacientes (Reis, 2007; Veras, 2012).

Sobre a educação em saúde, um estudo de Favoreto e Cabral (2009) com portadores de doenças crônicas apresentou que a troca de experiências com outros pacientes na mesma situação e a educação em saúde mais próxima da vivência social e pessoal do grupo estudado modificou as visões dos participantes sobre os conceitos de saúde, doença e bem-estar, mas tal modificação não indicou se este aprendizado conceitual promoveu transformações comportamentais mais saudáveis no cotidiano dos pesquisados, como práticas de atividade física e alterações alimentares significativas. Figueira, Davis, Morais e Lopes (2015), ao formarem um grupo de orientação em saúde para enfermeiros aderirem a rotinas mais saudáveis, observaram que os entrevistados, mesmo sendo aqueles que prescrevem um estilo de vida mais saudável, não conseguiram se adaptar ao serem submetidos a um programa de educação em saúde baseado na transmissão de informações. Mesmo se o paciente aderir ao tratamento a partir da educação em saúde biologicista, é raro que ele permaneça com essa mudança de hábito (Balduino, Mantovani, & Lacerda, 2009).

As mudanças comportamentais dos pacientes podem estar associadas de fato a uma frequência regular dos usuários aos serviços de Atenção Primária à Saúde (Medina et al., 2014), além do apoio da família, dos amigos e da comunidade (Brasil, 2014). Ao se localizar o sujeito como protagonista de sua doença, fazendo com que as hierarquias de conhecimento entre profissionais e usuários sejam colocadas de lado e a recuperação da saúde seja feita de forma a integrar os desejos do paciente, espera-se que este busque aumentar sua potência de vida, fortalecendo sua autonomia de gerir sua singularidade (Vieira, Silveira, & Franco, 2011).

A maioria dos entrevistados também relatou que realizam o cuidado em saúde por meio de seu conhecimento técnico e metodológico, assim como se pode acompanhar a seguir.

*Cuidar pra mim é uma arte baseada em conceitos técnicos e científicos, é um processo, né... indiretamente todos nós somos cuidadores apenas eu sou a partir do momento que eu me formei eu estou baseada em alguma coisa científica, né (Entrevistado 1).*

*Então que acho essa definição maior foi a partir do cuidado do meu avô e também fazendo a faculdade de enfermagem, né (Entrevistado 2).*

*...cuidado é carinho principalmente, carinho, paciência, dedicação e, por último a questão técnica o resto sabe... a enfermagem é a arte de cuidar, a partir do momento que eu passei no vestibular, não tem jeito a enfermagem é a arte de cuidar (Entrevistado 3).*

*Porque o enfermeiro... ele vê a doença de outra maneira, ele conversa com o paciente olhando no olho... acho que o dom de cuidar é esse... foi na faculdade... eu fui descobrindo o dom de cuidar a cada semestre (Entrevistado 5).*

*Cuidado é toda prestação que nós na área da enfermagem nós profissionais prestamos mediante todo conhecimento científico que nós temos é... enfermagem ela pode ser definida como o cuidar (Entrevistado 6).*

*...a partir do momento que eu escolhi estudar isso eu comecei assim, a ter a noção de que a minha função seria isso, cuidar de gente (Entrevistado 7).*

*...o enfermeiro é o cuidador, né, da saúde (Entrevistado 8).*

*A partir do momento que você se formou, acho que todas as áreas, você vai... vai ter que cuidar, né, vai ter que ouvir, vai ter que tratar, vai ter que medicar, vai ter que fazer visita domiciliar, ou que seja um curativo, ou que seja simplesmente mesmo orientar esse paciente (Entrevistado 10).*

Como pode ser observado nas falas apresentadas anteriormente, grande parte dos pesquisados associou o ato de cuidar à realização de técnicas aprendidas dentro do curso de enfermagem, acreditando que se tornaram cuidadores a partir da escolha pelo referido curso, demonstrando a aplicação do conhecimento científico como um ato de cuidado, somado a carinho e atenção (Balduino, Mantovani, & Lacerda, 2009). Mas o Guia do Cuidador (2009) classifica o trabalho prestado por tais profissionais como um cuidado e afirma que os referidos trabalhadores não podem ser nomeados como cuidadores, visto ser essa uma atribuição daqueles que acompanham o paciente durante todo o seu tratamento e não esporadicamente, como o profissional de saúde. Porém, entende-se que profissionais de saúde que acompanham doentes crônicos podem ser denominados de cuidadores pelo fato de prestarem assistência constante a tais pacientes (Amaral, Morais, & Ostermann, 2010).

Assim, nos dados apresentados é perceptível que os enfermeiros ao relatarem sobre os conceitos de saúde, doença e cuidado demonstram uma visão de ser humano integral, aproximando-se dos valores que regem o modelo biopsicossocial, ou pelo menos tentam aderi-lo da melhor forma possível. Contudo, isso não é percebido no ato de cuidar, ao praticarem a educação em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo fica evidente que o significado de saúde para os profissionais entrevistados considera a individualidade como algo importante a ser analisado no acompanhamento e tratamento dos pacientes que frequentam as referidas UBSFs. Portanto, é clara a adesão ao modelo biopsicossocial no discurso dos enfermeiros entrevistados.

Neste estudo, ainda é possível afirmar que os participantes estão caminhando para a prática de um cuidado em saúde mais humanizado e conhecedor dos fatores causadores de patologias que vão além dos fatores físicos, como questões emocionais e culturais que podem afetar inclusive na adesão ou não de um tratamento considerado como necessário. Mas não se pode afirmar que tais profissionais seguem na prática de assistência em saúde o modelo biopsicossocial, visto que também emergiu das falas uma atuação de educação em saúde, ofertada aos pacientes, baseada no modelo biomédico, mesmo que este se apresente como não eficaz para a construção de hábitos mais saudáveis.

Assim, é notório que os relatos dos enfermeiros pesquisados seguem os preceitos que regem o modelo biopsicossocial, mas quando se trata da educação em saúde, a atuação desses profissionais dentro das UBSFs investigadas se ancora nos valores que constituem o modelo biomédico. Por isso, aponta-se a necessidade do desenvolvimento de espaços de reflexão para os profissionais pesquisados na tentativa de viabilizar práticas de cuidado também ancoradas nos valores do modelo biopsicossocial, o qual se mostra mais eficaz para o cuidado em saúde.

Contudo, é importante destacar que os resultados apontados neste estudo englobam uma parcela de enfermeiros que atua apenas no município onde a pesquisa foi realizada, não podendo ser generalizado para outros municípios brasileiros. Além disso, ressalta-se a importância da realização de outros estudos que possam compreender o processo saúde-doenças crônicas-cuidado para outras categorias profissionais, diferentes dos enfermeiros, assim como estudos que possam investigar o referido processo para os próprios pacientes que convivem com doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

- Amaral, R. A., Moraes, C. W., & Ostermann, G. T. (2010). Cuidando do cuidador: grupo de funcionários no Hospital Geral. *Revista da SBPH, 13(2)*, 210-281.
- Barbosa, A. S. S. F., Bobato, J. A. C., & Mariutti, M. G. (2012). Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. *Revista da SPAGESP, 13(2)*, 44-55.
- Balduino, A. F. A., Mantovani, M. F., & Lacerda, M. R. (2009). O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Revista Enfermagem, 13(2)*, 342-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2009). *Guia prático do cuidador*. Brasília: Autor.
- Chernicharo, I. M., Silva, F. D., & Ferreira, M. A. (2011). Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery, 15(4)*, 686-693.

- Favoreto, C. A. O., & Cabral, C. C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface - Comunicação Saúde e Educação, 13(28)*, 7-18.
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco, T. B. & Merhy, E. E. (Orgs.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 151-171). São Paulo: Hucitec.
- Figueira, T. R., Davis, N. A., Morais, M. N., & Lopes, A. C. S. (2015). Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde, 13(1)*, 181-200.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Novagràfic.
- Guañes-Lorenzi, C. G., Rissato, G. B., & Silva, S. P. (2012). Sentidos construídos por educadores sobre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e implicações para a prática educativa. *Saúde & Transformação Social, 3(2)*, 84-95.
- IBGE. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro. Recuperado de <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Lima, Í. F. S., Lobo F. S., Acioli, K. L. B. O., & Aguiar, Z. N. (2012). Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Revista da Escola da Enfermagem da USP, 46(4)*, 944-52.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. New York: United States of America by Cambridge University Press.
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: a relational constructionist approach*. New York: Routledge.
- Medina, M. G., Aquino R., Vilasbôas, A. L. Q., Mota, E., Júnior, E. P. P., Luz, L. A., Anjos, D. S. O., Pinto., & I. C. M. (2014). Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate, 38(spe.)*, 69-82.
- Rasera, E. F. (2004). *Grupo como construção social: aproximações entre a terapia de grupo e o construcionismo social*. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Reis, J. (2007). Educação para a saúde: reprodução ou construção? Passividade ou atividade? In I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Orgs.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 65-78). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Revista Saúde Coletiva, 17(1)*, 29-41.
- Souza, F. O. S., Medeiros, K. R., Júnior, G. D. G., & Albuquerque, P. C. (2014). Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva, 19(4)*, 1283-1293.
- Spink, M. J. (2003). Pesquisa de campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade, 15(2)*, 18-42.
- Spink, M. J. (2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.

- Veras, R. P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública, 46(6)*, 929-34.
- Vieira, A. N., Silveira, L. C., & Franco, T. B. (2011). A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde, 9(1)*, 9-22.

**Sobre as autoras:**

**Caroline Luiza Bailona de Vasconcelos** é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás.

**Cintia Bragheto Ferreira** é docente da Universidade Federal de Goiás.

**Ana Laura Gomes** é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás.

**Yasmin Livia Queiroz** é doutoranda em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**E-mail de correspondência:** [cintiabragheto@hotmail.com](mailto:cintiabragheto@hotmail.com)

*Recebido: 10/12/2015*

*1ª revisão: 24/01/2016*

*Aceito: 11/02/2016*