

PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SOBRAL

Autores: Marcos Aguiar Ribeiro¹; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha; Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque; Franciscisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Nayana Cíntia Silveira.

¹Estudante do curso de doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

²Docente Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, ³Docentes do curso de graduação em

Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF/FIOCRUZ/UVA, ⁴Estudante de

graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP

Resumo: Têm-se como objetivo descrever o processo de codificação de categorias para análise qualitativa da atenção às condições crônicas em Sobral-CE. Trata-se de um recorte descritivo de umas das etapas de avaliação da atenção às condições crônicas. O campo de investigação foi o município de Sobral. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com tutores e gerentes e utilizados fontes documentais. Para análise dos dados foi realizada análise de conteúdo com o suporte do *software NVivo11*. A partir de então, revela-se um interesse e investimento em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas, por meio do desenvolvimento de estratégias de organização e gestão do cuidado. Todavia, apesar dos esforços, a prática ainda revela uma abordagem aos usuários centrada na renovação de receitas e o entrave na regulação e consequente dificuldade de conformação de uma rede de atenção às condições crônicas.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção à Saúde; Doença Crônica.

INTRODUÇÃO

As transições da situação de saúde de uma sociedade suscitam necessidades de mudança na estrutura dos sistemas de saúde, nos processos de trabalhos e consequentemente nos resultados da atenção. Nesta perspectiva, os sistemas de saúde precisam se ressignificar de forma a garantir a atenção integral à saúde dos usuários tendo em vista as transições demográficas, epidemiológicas e as incorporações de novas tecnologias na sociedade.

Neste contexto, o Brasil vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos, sendo expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012).

As doenças consideradas condições crônicas têm início e evolução lentos, são de longa duração e quase sempre sem perspectiva de cura. Sua etiologia costuma ser multifatorial e sua evolução pode levar a variados sintomas e à perda da capacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida. Nesta perspectiva, a atual situação de saúde de predomínio das condições crônicas não pode ser respondida de maneira eficiente, efetiva e de qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas (MENDES, 2011).

Todavia, na prática verifica-se ainda um modelo de atenção voltado às condições agudas, centrada e até mesmo sufocada por atendimentos à demanda espontânea, onde a promoção da saúde e a vigilância, prevenção e controle das condições crônicas não se constituem como prioridades no cotidiano do trabalho da Atenção Básica à Saúde.

Assim, têm-se como objetivo descrever o processo de codificação de categorias para análise qualitativa da atenção às condições crônicas em Sobral, Ceará, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um recorte descritivo de umas das etapas de avaliação da atenção às condições crônicas em Sobral, produto da dissertação de mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Neste sentido, a Matriz Avaliativa adaptada de De Salazar (2011) e Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012) utilizada como referencial

teórico metodológico nesta pesquisa, propõe que o processo avaliativo inicie com a Sistematização da Experiência.

Foram eleitos como campo de investigação para o estudo o município de Sobral cujo *locus* para o desenvolvimento foi representado pelos territórios da Estratégia Saúde da Família (ESF) da sede do município.

Os participantes do estudo foram os 4 tutores do sistema de saúde e 18 gerentes da Estratégia Saúde da Família. Além disso, foram acessadas fontes documentais para o processo de análise qualitativa. Neste sentido, foram coletados dados a partir de entrevistas com gerentes e tutores do Sistema de Saúde de Sobral, Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Protocolo da Diabetes mellitus, Cronograma de Atendimento da Odontologia, Instrumento do fluxo do Acolhimento à demanda Espontânea, Parâmetro para a Estratificação de Risco da Hipertensão e Diabetes e Consolidado da Territorialização dos CSF e uma fotografia de abordagem grupal. Estes, foram analisados de maneira a possibilitar a compreensão da Atenção às condições crônicas em Sobral.

Com vistas a responder ao problema e aos objetivos da pesquisa, os referidos dados coletados previamente foram analisados, por meio da análise categorial, conforme Bardin (2011) e com o suporte do *Software N Vivo 11*.

O processo de formação das categorias se concretizou conforme orientado por Bardin (1977), após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação se deu em função da inferência por meio da identificação objetiva de características dos discursos, foram construídos em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva.

O estudo respeitou os princípios éticos referentes às pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob número do Parecer: 2.054.329.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A priori foram identificadas as categorias iniciais, também denominadas de nós, estas se configuram como as primeiras impressões acerca da realidade da atenção às condições crônicas, ou seja, são resultados do processo de codificação das entrevistas

transcritas, um total de 18 categorias. Cada categoria constitui-se dos trechos selecionados das falas dos entrevistados, bem como o respaldo do referencial teórico.

As categorias iniciais foram analisadas por meio de operações estatísticas a fim de promover uma validação que garantisse a síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações. Desse modo, foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Pearson para executar a análise de cluster e assim gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais caso tenham muitas palavras em comum.

Assim, no Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson pôde-se verificar a formação de seis clusters. Identifica-se ainda, que em todas as categorias iniciais existem similaridades de palavras o que gera uma vasta rede de relações entre as categorias.

Além disso, foi utilizado o Coeficiente de Jaccard para gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais que codifiquem muitas das mesmas fontes, conforme apresentado na Figura I. No Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard pode-se visualizar que a maior parte das categorias codificam muito das mesmas fontes de dados. Todavia, pode-se as categorias iniciais “Abordagens Individuais” e “Abordagens Coletivas” não apresentam esta similaridade de codificação, uma vez que são as categorias que foram construídas com mais fontes de dados diferentes (Imagens e documentos).

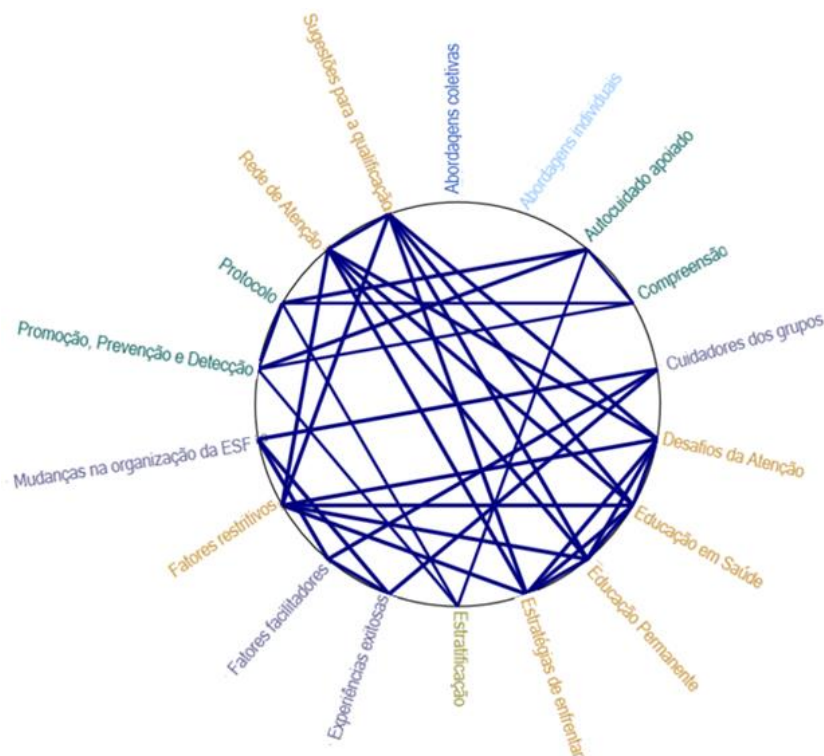


Figura I Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Fonte: Própria

Ainda, foram analisadas as Fontes de dados a partir Coeficiente de correlação de Pearson e Coeficiente de Jaccard. No que se refere a similaridade de palavras verificou-se que as fontes Consolidado da Territorialização, Protocolo da HAS, Protocolo da DM tem uma forte similaridade de palavras, bem como a similaridade entre a Territorialização

e as Entrevistas com os gerentes e tutores. Assim, estas quatro fontes formaram um cluster.

Ao refletir a similaridade de codificação das fontes de dados identificou-se que a Classificação do Acolhimento à demanda espontânea e os cronogramas da odontologia tiveram uma similaridade de codificação, de maneira a formar um cluster. Neste caso, estas fontes codificaram seus conteúdos em uma mesma categoria inicial/nó, a saber: “Abordagem Individual”.

Além disso, podemos visualizar que as fontes de dados Protocolo da HAS e Protocolo da DM também formaram um cluster por similaridade de codificação, onde apresentaram a codificação nas seguintes categorias iniciais: “Promoção, Prevenção e Detecção”, “Compreensão acerca da atenção às condições crônicas”, “Abordagem Individual”; “Estratificação de Risco”, “Autocuidado apoiado” e “Protocolo”.

Ao analisar cada fonte de dado de forma isolada, pôde-se verificar que na Territorialização houve o predomínio da codificação para a categoria “Abordagem Individual”, seguido da “Abordagem coletiva”. Este achado remete a organização da territorialização onde se enfatiza a descrição das rotinas de atendimento e as singularidades dos territórios, com destaques para os equipamentos sociais e abordagens grupais.

No que concerne às entrevistas, o predomínio da codificação para a categoria “Fatores restritivos” o que pode suscitar que os gerentes e tutores ao construírem seus discursos acerca da atenção às condições crônicas estão evidenciando os fatores restritos da atenção, o que pode ser considerado um ponto positivo uma vez que a identificação por partes destes profissionais dos aspectos limitantes podem gerar transformações na práxis e conseqüente melhoria da qualidade da atenção. Infere-se ainda, que seguidos dos fatores restritivos, as codificações para as categorias “Rede de Atenção às condições crônicas” e “Abordagens Coletivas” foram evidenciadas, o que representa a importância da compreensão do cuidado em rede e das abordagens coletivas para a qualificação da atenção às condições crônicas.

Assim, a partir da análise da contribuição de cada participante na construção das categorias, buscou-se por meio de Coeficiente de correlação de Pearson conhecer a similaridade de Palavras. Desta maneira, percebe-se que o Dendograma apresenta uma intensa relação o que representa uma grande similaridade palavras entre os discursos dos participantes, o que sugere a existência de alinhamento entre estes atores importantes na

gestão do cuidado às condições crônicas. Ainda, contagiado pela arte que subsidiou a escolha dos codinomes, pode-se visualizar que essas relações nos remetem a uma mandala.

Ceccim (2007, p.19) afirma que *“a mandala, ainda que finita, é uma ilimitada margem de dobras, inversões, reversões, apresentações. Na imagem da mandala a ausência do repetível, exceto a ressingularização permanente, por composição de diversos, por harmonização de prazeres, por potência de inventos.”*

Dessa maneira, essa representação simbólica da mandala pode significar a construção plural das categorias, por meio de consensos e dissensos, concretizada pela vivência na ESF e na implicação com busca pela qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes.

A partir da construção das categorias iniciais e de toda análise das fontes e suas relações com as categorias, foram constituídas as categorias intermediárias e finais, conforme descrito no Quadro I.

Quadro I Síntese da progressão das categorias, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Categorias Iniciais/Nós	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Compreensão acerca da atenção às condições crônicas	I – Atenção às condições crônicas na ESF	I – Atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF
Mudanças na organização da ESF na atenção as condições crônicas		
Desafios da Atenção	II – Desafios da atenção às condições crônicas	II - Abordagens aos usuários com condições crônicas no âmbito da ESF
Abordagens coletivas	III -Abordagens coletivas	
Cuidadores dos grupos		
Abordagens individuais	IV - Abordagens individuais	
Educação em Saúde	V – Promoção, Prevenção e Detecção	
Promoção, Prevenção e Detecção		
Fatores facilitadores da atenção às condições crônicas	VI – Fatores facilitadores e restritivos para a qualificação da atenção aos usuários com condições crônicas	
Sugestões para a qualificação da Atenção às condições crônicas		
Fatores restritivos da atenção às condições crônicas		
Educação Permanente	VII – Educação Permanente	III - Estratégias de organização e gestão do
Autocuidado apoiado	VIII – Gestão do Cuidado	

Estratégias de enfrentamento dos fatores restritivos		cuidado às condições crônicas
Experiências exitosas		
Estratificação de Risco	IX- Organização da Atenção às condições crônicas	
Protocolo		
Rede de Atenção às condições crônicas	X - Rede de Atenção às condições crônicas	IV - Rede de Atenção às condições crônicas

Fonte: Própria

Nessa perspectiva, a partir da análise das categorias finais, verificou-se que na atenção às condições crônicas identifica-se um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas, desse modo, foram desenvolvidas estratégias de organização e gestão do cuidado, tais como a instituição de Protocolos com diretrizes para Screening, Diagnóstico e Tratamento da HAS e DM, a Estratificação de Risco da HAS e DM e o desenvolvimento de processos de Educação Permanente dos trabalhadores do sistema, disparados pela gestão, pela coordenação de ensino na figura da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, pelo Governo do Estado do Ceará por meio do projeto Qualifica APSUS e principalmente pelos profissionais da ESF no cotidiano do trabalho.

Todavia, apesar dos esforços, a prática ainda revela uma abordagem aos usuários centrada na renovação de receitas e que acontece muitas vezes de forma alienada e sem uma efetiva reavaliação, consulta, reconhecimento dos efeitos adversos, avaliação da adesão e estímulo ao autocuidado e terapias não medicamentosas.

Além disso, é perceptível a pluralidade das formas de organização dos atendimentos individual e coletivo aos usuários com HAS e DM, que apesar dos protocolos instituídos, não existe um padrão comum entre os CSF. De modo que algumas unidades se organizam em agendas engessadas com turnos fixos de atendimento influenciado por uma perspectiva programática de atenção à saúde, outras utilizam agendas mais flexíveis que possibilitam um melhor acesso, e outras sem um fluxo específico onde os usuários encontram-se diluídos na demanda espontânea ou em grupos de Hiperdia.

Vale destacar ainda, que as abordagens coletivas com enfoque na pessoa e não somente na doença, como grupos de convivência e práticas corporais, representam importantes tecnologias de cuidado, porém encontram-se centradas na equipe multiprofissional, principalmente a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que

se apresenta sobrecarregada e com o importante desafio de aproximar a equipe mínima, que muitas vezes encontra-se limitada ao atendimento individual em consultório.

Ainda neste contexto, identificam-se fragilidades na construção de uma rede de atenção às condições crônicas, uma vez que o acesso ao especialista e a exames apresentam um forte entrave de regulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfatiza-se a necessidade de uma transição de um modelo de agudização da doença para implantar o modelo de atenção às condições crônicas, assim como a modificação de uma atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa. Em que o cuidado é realizado com base no modo cooperativo, conforme as necessidades dos usuários, com a participação da família e empoderamento dos indivíduos, deixando de ser paciente para se tornar produtor e agente de sua saúde. Ainda, ressalta o compartilhamento de responsabilidades, o apoio a autonomia e a decisão compartilhada, que favorece para uma melhor satisfação do usuário e conseqüentemente, adesão ao tratamento, obtendo melhores resultados.

Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a dificuldade de acesso aos gerentes para participação no estudo. Além disso, sugere-se que sejam realizadas pesquisas posteriores que avaliem os resultados da atenção, bem como a ampliação do cenário para os territórios do distrito do município, que apresentam uma realidade organizacional e de saúde diferente dos territórios da sede.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP pela concessão das bolsas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

CECCIM, R.B. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”!: o dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p.358-361, ago. 2007.

DE SALAZAR, L. **¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?**. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, CONASS, 2011.

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

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.