

O CUIDADO AO HIPERTENSO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG: UMA ANÁLISE COMPARATIVA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Care of hypertensive patients in the city of Juiz de Fora/MG: a comparative analysis in a Basic Health Unit

Marina Monteiro de Castro e Castro¹, Lêda Maria Leal de Oliveira², Auta Iselina Stephan de Souza³,
Sabrina Pereira Paiva⁴, Patrícia Rodrigues de Alemida Leal⁵, Rubiane de Souza Ribeiro⁶,
Maria Regina de Paula Fagundes Netto⁷, Meyriland Dias de Amorim Friaça⁸,
Sabrina Alves Ribeiro Barra⁹, Lidiane Pereira Cavaca¹⁰, Juliana Mara Simões Parada¹¹

RESUMO

Este artigo analisa a produção do cuidado ao hipertenso em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Juiz de Fora, uma delas opera com o modelo tradicional, e a outra com o Programa de Saúde da Família, o que possibilitou uma reflexão sobre os dois modelos de assistência à saúde operantes no município. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o “Fluxograma Descritor”, que permite uma representação gráfica do processamento do trabalho centrado nos caminhos percorridos pelos usuários. A sua aplicação ocorreu por meio de reuniões com as equipes das UBS's, sendo possível descrever coletivamente a produção do cuidado ao hipertenso nas Unidades. Através da análise, percebeu-se que persiste uma dificuldade na organização do processo de trabalho centrado no usuário e no trabalho em equipe, no fomento à construção de vínculos com os usuários e no estabelecimento de espaços que primem pelo processo de educação em saúde tanto em nível individual quanto grupal.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Assistência à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Centros de Saúde

ABSTRACT

This article analyzes the production of care of hypertensive individuals in two basic health units (UBS) of the municipality of Juiz de Fora, MG, Brazil. Because one of them operates under the traditional model and the other under the Family Health Program (PSF), the two existing models could be compared. Data collection was through a descriptor flowchart, which graphically represents work processing centered on the flow followed by the users. Its application occurred during meetings with UBS teams, where the production of care of hypertensive individuals could be collectively described. There remains a difficulty to organize the user-centered, team-based work process, to develop liaison with the users, and to establish spaces chiefly concerned with health education processes both, at the individual and group levels.

KEY WORDS: Hypertension. Health Care. Assessment of Health Services. Health centers.

¹ Marina Monteiro de Castro e Castro, Assistente Social. Professora substituta da Faculdade de Serviço Social/UFJF. Mestre em Serviço Social/UFJF. E-mail: marinamccastro@yahoo.com.br

² Lêda Maria Leal de Oliveira, Assistente Social. Professora adjunta da Faculdade de Serviço Social/UFJF. Doutora em História/UNESP.

³ Auta Iselina Stephan de Souza, Assistente Social. Professora adjunta da Faculdade de Serviço Social/UFJF. Doutora em Saúde Pública/ENSP-Fiocruz.

⁴ Sabrina Pereira Paiva, Assistente Social. Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora- Suprema. Mestre em Saúde Coletiva/TMS-UERJ.

⁵ Patrícia Rodrigues de Alemida Leal, Assistente Social. Mestranda em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social/UFJF.

⁶ Rubiane de Souza Ribeiro, Assistente Social do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Mestranda em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social/UFJF.

⁷ Maria Regina de Paula Fagundes Netto, Assistente social da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família. Especialista em Serviço Social aplicado à área da saúde/UFJF.

⁸ Meyriland Dias de Amorim Friaça, Assistente social da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família. Especialista em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva/UFJF.

⁹ Sabrina Alves Ribeiro Barra, Assistente social. Residente do Programa de Residência em Saúde da Família.

¹⁰ Lidiane Pereira Cavaca, Assistente social da Casa de Cidadania. Associação Municipal de Apoio Comunitário. Juiz de Fora/MG.

¹¹ Juliana Mara Simões Parada, Assistente social. Residente do Programa de Residência em Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O estudo a ser apresentado se refere à análise realizada, a partir do fluxograma descritor, do fluxo percorrido pelos usuários portadores de hipertensão em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Juiz de Fora.

O estudo faz parte da pesquisa “A Integralidade na atenção primária no município de Juiz de Fora: as variações de aplicabilidade do modelo tecno-assistencial na operacionalização do SUS”, realizada pelo grupo de pesquisa “Políticas públicas, gestão e cidadania” da Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A pesquisa, iniciada em janeiro de 2007, conta com o financiamento da FAPEMIG, e foi previamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o número 280/2006 e, emitido em 24/11/2006.

O município de Juiz de Fora possui 51 Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade móvel, sendo que 15 estão situadas na zona rural e 37 na zona urbana. A divisão entre as UBS's ocorre entre aquelas que seguem o modelo tradicional de atenção à saúde e aquelas que possuem o Programa de Saúde da Família (PSF).

As UBS's tradicionais são compostas por médicos especialistas (pediatria, ginecologia e clínica médica), dentista, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. A demanda atendida é prioritariamente espontânea e/ou encaminhada por outros serviços; não há adscrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência tem como referência as ações de vigilância à saúde (ELIAS *et al.*, 2006). Em Juiz de Fora, existem 13 UBS's operando nesse modelo.

As UBS's com PSF seguem a proposta do Ministério da Saúde, que trata o programa como a principal forma de reorganização dos serviços de saúde, sendo a estratégia prioritária para a organização da atenção primária à saúde (APS). O processo de trabalho é dividido entre a equipe, e as funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos em consultório por médico(a) e enfermeiro(a).

A estratégia tem na sua essência a localização central no espaço territorial, sendo este por excelência o locus operacional do programa. É nesse espaço que comparece todo arsenal de conhecimentos circunscritos na epidemiologia e na vigilância à saúde. A organização do trabalho parte da delimitação da área de abrangência e da adscrição da clientela. Associada à noção de território, tem-se a ideia de vínculo, que tem como princípio a construção de referências entre profissionais-usuários (FRANCO; MERHY, 2003a).

No município, existem 39 UBS's operando nesse modelo, contabilizando um total de 80 equipes de Saúde da

Família, gerando uma cobertura de 52% (aproximadamente 241.030) da população de Juiz de Fora (FARAH, 2006). Importante ressaltar que dessas 39 Unidades, 3 possuem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Este teve início em 2002, e ocorre em parceria entre o Ministério da Saúde, o NATES /UFJF e a Prefeitura de Juiz de Fora.

O PSF foi criado com o propósito de reorganização da atenção primária em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. Trabalha com a ideia de que a intervenção no ambiente familiar é capaz de prevenir agravos à saúde, ressaltando o respaldo desse trabalho na concepção ampliada do processo saúde/doença.

Dentro da proposta da Política Nacional de Atenção Básica uma área estratégica de atuação é o controle da hipertensão arterial. No Brasil, a prevalência estimada de hipertensão é de 35% da população acima de 40 anos, representando um total de 17 milhões de portadores da doença.

De acordo com Brasil (2008), 75% das pessoas portadoras de hipertensão recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento e tratamento da patologia na Atenção Básica. Para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores (BRASIL, 2008).

Tendo por base essas considerações, para a compreensão do fluxo do usuário hipertenso, partimos da tese apontada por Franco (2003, p.161) que destaca que a análise dos fluxogramas tem como elemento central a compreensão de que os modelos tecnoassistenciais assumem uma determinada configuração a partir dos processos e tecnologias de trabalhos usados na produção da assistência à saúde. A partir dessa compreensão, consideramos que os modelos podem produzir um “cuidado que cuida” ou um cuidado que reproduz o modelo hegemônico centrado em procedimentos e no trabalho médico.

O “cuidado que cuida” é uma ação integral, pautada no tratamento humano, respeitoso, baseado no acolhimento e na realidade social, coletiva e individual, que possibilita a superação de práticas preconceituosas, e que garanta o

usuário como participante do seu processo saúde-doença e das práticas de controle social (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

É uma ação desenvolvida a partir da interação entre usuário/profissional, e envolve a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e as histórias de vida. O Cuidado pode proporcionar a diminuição do impacto do adoecimento, e a sua falta pode gerar o isolamento social do usuário, uma vez que ele sente o descaso, o abandono, e o não Cuidado e acolhimento em suas demandas e necessidades (LACERDA; VALLA, 2004).

O Cuidado perpassa ainda pela resolução de forma ágil dos problemas e suas soluções, sendo enfrentados de acordo com a realidade dos mesmos e não da realidade institucional tradicionalmente vivenciada, fazendo com que o usuário e seus familiares sejam co-participantes deste processo, contribuindo para mudanças e estimulando-os a enfrentar os problemas e dificuldades do cotidiano. Deve-se contribuir para o desenvolvimento da consciência crítica, para “o despertar” do usuário em ter maior controle sobre sua vida (LACERDA; VALLA, 2004).

Para o desenvolvimento de suas atividades, de acordo com Merhy (2004), os trabalhadores fazem uso de tecnologias que se classificam em três tipos: duras, que são o conjunto de instrumentos e equipamentos materiais do trabalho como máquinas, aparelhos, normas e estruturas que operam o trabalho em saúde; leve-duras, que são saberes estruturados que operam no processo de trabalho; e as leves, que se dão no trabalho vivo em ato. São as relações de vínculo, escuta, intersubjetividade, as inter-relações.

A partir da análise dos autores apresentados, propomos analisar a atenção ao hipertenso realizada em duas UBS's do município de Juiz de Fora, tendo por orientação o cuidado em saúde e a importância das tecnologias leves no trato com o usuário, o trabalho em equipe e a necessidade de centralidade no usuário na organização do trabalho em saúde.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em duas UBS's do município de Juiz de Fora/MG, sendo que uma UBS opera com o modelo tradicional - que neste estudo será designada como Unidade Básica de Saúde, e outra com o Programa de Saúde da Família - denominada Unidade de Saúde da Família (USF), o que possibilitou uma reflexão sobre os dois modelos de assistência à saúde operante no município de Juiz de Fora.

O objetivo foi analisar a produção do cuidado ao hipertenso a partir do instrumento de coleta de dados

denominado “Fluxograma Descritor”. Este se constitui numa representação gráfica do processamento do trabalho centrada nos caminhos percorridos pelos usuários e é um meio de visualizar a produção do cuidado. O fluxograma é representado por três símbolos: a elipse que representa a entrada ou saída do processo de produção dos serviços; o losango que indica os momentos de decisão para continuidade do trabalho; e o retângulo, que se refere ao momento de intervenção ou ação (FRANCO; MERHY, 2003b).

Franco e Merhy (2003b, p. 150) destacam que o fluxograma tem por objetivo

Interrogar a micropolítica da organização do serviço [...] e, assim, revelar as relações aí estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se assim ao retratar todos os processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores [...].

Os autores ainda acrescentam que o fluxograma deve ser realizado de forma coletiva uma vez que possibilita levantar a memória acumulada para a composição do fluxo do usuário, pois esta é a principal forma de registro e coleta de informações, possibilitando também que os trabalhadores reflitam sobre o processo de trabalho em que estão inseridos. “Na discussão coletiva (...) há uma acumulação de consciência da situação do serviço, [...] da apropriação dos processos vividos [...], é assim que se inicia a construção de sujeitos capazes de influenciar na mudança do modelo de assistência (FRANCO; MERHY, 2003b, p.151).

Compartilhando com estas ponderações construímos os fluxogramas a partir das problematizações levantadas pelos trabalhadores no que concerne à circulação do usuário hipertenso no serviço de saúde. Para tal, realizamos reuniões com as equipes das UBS's, momento em que foi possível descrever coletivamente a produção do cuidado ao hipertenso nas Unidades. O tempo médio de duração das reuniões foi de 1 hora e 30 minutos.

Na reunião para construção do fluxograma da UBS estavam presentes a assistente social, a fisioterapeuta, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e a digitadora. O profissional médico não pôde comparecer à reunião. Justificou sua ausência argumentando que, naquele dia, só havia um médico na UBS para atendimento da demanda.

Os profissionais construíram o fluxograma de forma coletiva, mas foi observado que aqueles que estão há mais tempo inseridos na UBS possuem maior domínio do fluxo do usuário no serviço de saúde.

Para a construção do fluxograma da USF estiveram presentes um médico, uma estagiária de medicina e quatro Agentes Comunitários de Saúde - ACS - e contamos, ainda, com a presença parcial da técnica de enfermagem (gerente da Unidade). Os agentes comunitários não chegaram todos ao mesmo tempo, alguns haviam se esquecido e chegaram com o processo já iniciado. A ausência da enfermeira e da técnica de enfermagem foi justificada pela necessidade de atendimento de demanda. Os outros profissionais não estavam presentes na UBS.

Deve-se destacar a compreensão mais ampla sobre o processo de trabalho por parte do médico, o qual conseguiu enxergar com maior clareza os fluxos dentro da UBS. Os outros profissionais presentes eram os agentes comunitários de saúde, os quais não se sentiram à vontade para auxiliar no desenho do fluxo.

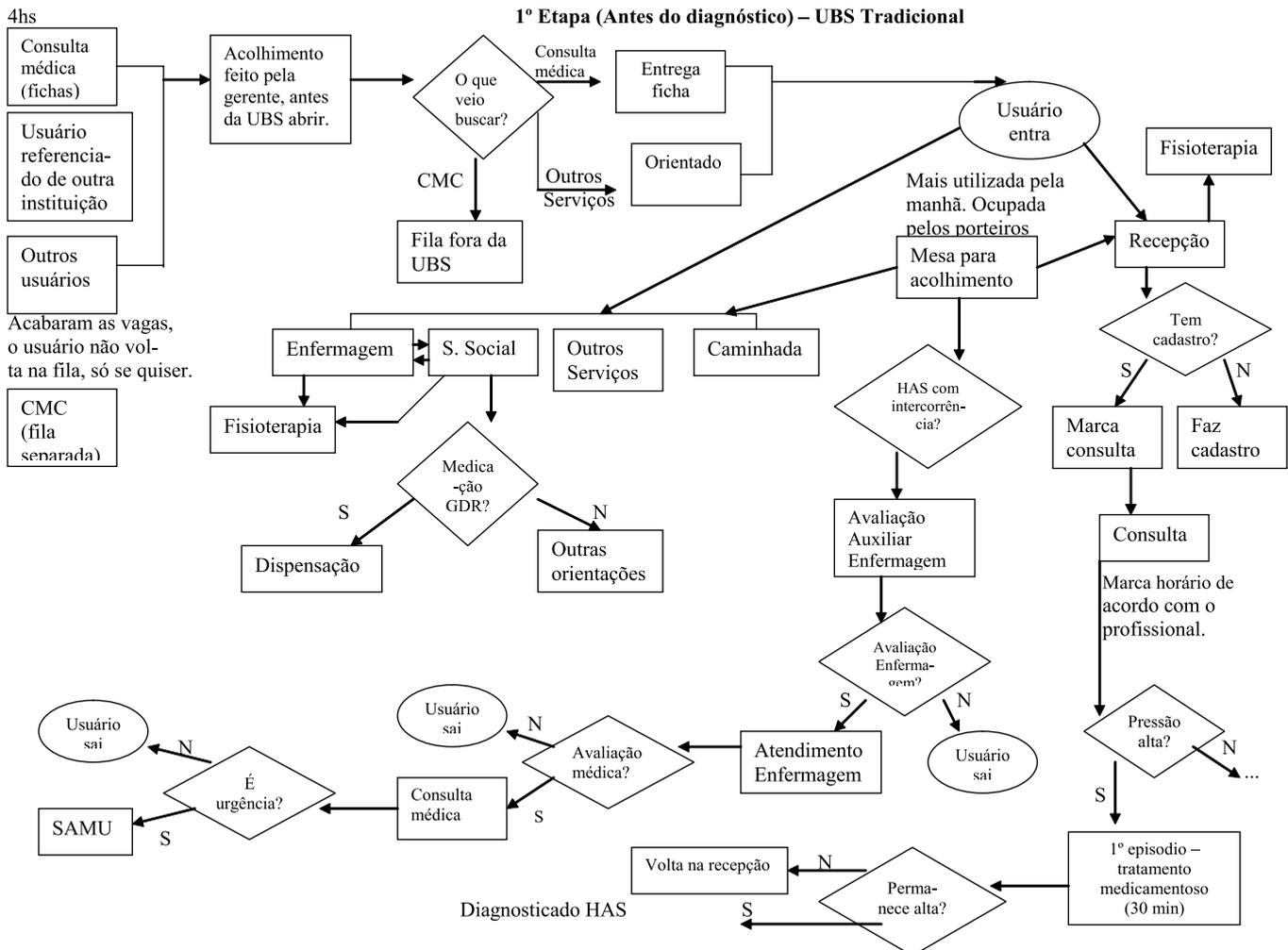
A construção dos fluxogramas trouxe à tona todo o caminho percorrido pelo usuário e as ações desenvolvidas pelos profissionais. A partir de uma leitura minuciosa do

material produzido, este foi organizado e agrupado para, posteriormente, ser analisado a partir de um diálogo entre pesquisadores, referenciais teóricos que sustentaram o estudo e os dados propriamente ditos.

RESULTADOS

O fluxograma foi dividido em três etapas, sendo que em cada uma buscamos identificar e refletir sobre os problemas, dificuldades, ruídos, que ocorrem no cotidiano de trabalho e que refletem no cuidado prestado pela equipe de profissionais aos usuários hipertensos. Assim, a apresentação dos dois fluxogramas será realizada em três momentos: 1) refere-se à entrada do usuário no serviço através da demanda espontânea, antes do diagnóstico confirmado de hipertensão; 2) refere-se ao momento em que o usuário, após ter passado por uma primeira consulta médica, retorna ao serviço para confirmar diagnóstico; 3) refere-se ao acompanhamento do usuário/hipertenso na UBS.

Fluxograma I : Unidade Básica de Saúde



Observa-se que os fluxogramas a serem apresentados estão centrados na descrição da queixa clínica porque é a partir da consulta médica que o hipertenso é diagnosticado.

Descrição

1ª Etapa

A fila dos usuários para acesso aos serviços oferecidos pela UBS é formada por volta das 04h00min. Os usuários buscam uma ficha para o atendimento, apresentando, em geral, uma queixa clínica.

Às 07h00min a gerente da unidade, (com a ajuda dos porteiros), realiza o que os profissionais nomearam de primeiro “acolhimento”. A gerente aborda as pessoas da fila, fazendo a pergunta: Por que veio à UBS? A partir das respostas, separa as filas de acordo com os serviços disponíveis na Unidade: consulta médica, exames, Central de Marcação de Consulta (CMC), curativo, nebulização, farmácia, vacina, dentista, enfermagem, Serviço Social, fisioterapia e caminhada orientada.

Posteriormente à separação das filas, ocorre a distribuição das fichas. A UBS disponibiliza 14 fichas por médico, além de duas destinadas às urgências. A UBS possui três ginecologistas, três pediatras e cinco clínicos gerais, além de médicos de suporte de uma Unidade de Ensino Superior privada.

A distribuição das fichas tem como critério principal a proporção de atendimento de dois idosos para um adulto. Importante ressaltar que os profissionais apontaram que, anteriormente, a UBS priorizava o atendimento aos idosos, porém somente este grupo estava sendo atendido. Em reunião com o conselho de saúde, ficou estabelecido então que a proporção para os atendimentos seria de dois idosos para um adulto.

O usuário que se apresenta à UBS posteriormente ao término da fila inicial da manhã é encaminhado para a “mesa” que funciona como local de informação, denominado de segundo “acolhimento”. Este é realizado pelos porteiros, os quais são responsáveis pela avaliação da situação colocada pelo usuário.

Os usuários que chegam à UBS que são de fora da área de abrangência são atendidos e, posteriormente, encaminhados para sua área de abrangência. Casos específicos são avaliados pela gerente.

Os usuários que chegam para atendimento agendado não entram na fila de madrugada, chegam diretamente às 07h00min.

Se for um caso de urgência que esteja extrapolando

o número de vagas, o caso é avaliado pela enfermeira e encaminhado para atendimento necessário.

Após a separação da fila e a entrega das fichas, o usuário se dirige à recepção. Na recepção, se localizam a digitadora, a recepcionista e um profissional de enfermagem que são responsáveis pelo agendamento das consultas e o cadastro no Sistema de Informação Municipal (SIM) cujo objetivo é a informatização da produção.

As consultas médicas podem ser agendadas para a parte da manhã, tarde ou noite. Se for para a parte da manhã, o usuário aguarda na sala de espera. Se for para os outros turnos, retorna depois. Se não houver vaga para o dia, a consulta é agendada para durante a semana. As consultas são agendadas de acordo com o horário de chegada dos médicos. Para os outros profissionais, os usuários são encaminhados diretamente.

Após a passagem pela recepção, o usuário aguarda na sala de espera. Encaminhado à consulta médica, o profissional avalia o quadro clínico e a pressão do usuário. Se esta estiver elevada, o médico prescreve a medicação e encaminha o usuário para uma observação de 30 minutos para avaliar se a pressão se mantém alta ou não.

O usuário se dirige, assim, à farmácia. A dispensação da medicação é realizada pela enfermagem. Caso as enfermeiras não estejam presentes na UBS, a assistente social é responsável pela dispensação.

Após a observação de 30 minutos, se é detectada a manutenção da elevação da pressão, o médico, a partir do quadro clínico do usuário, pode realizar os seguintes encaminhamentos: realização de mapeamento da pressão pelo auxiliar de enfermagem, prescrição de medicação e, se houver necessidade, encaminhamento para exames que serão agendados na recepção ou através da CMC.

O mapeamento de pressão pode ser realizado sem horário previamente determinado. A dispensação de medicação, como já abordado, é realizada pela enfermagem. Neste momento, a enfermeira realiza uma orientação sobre a administração da medicação.

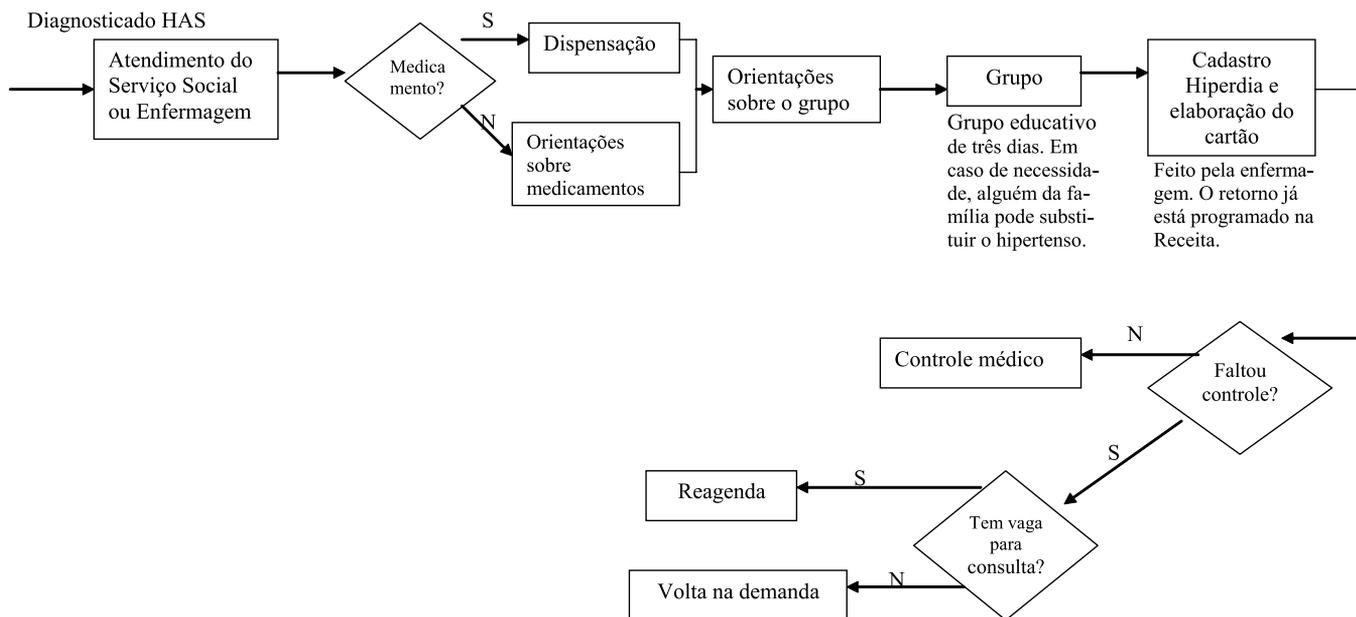
O retorno do usuário é agendado diretamente com o médico, porém o usuário tem que se dirigir à recepção para agendar o retorno no SIM. Os agendamentos das consultas médicas de retorno, em qualquer situação, são realizados dentro das vagas disponíveis.

A segunda situação que pode ocorrer é, após a observação de 30 minutos, não ser detectada a manutenção da elevação da pressão. A partir das observações clínicas do médico, é agendado o retorno do usuário diretamente com o profissional. O usuário, ao término da consulta, se dirige à recepção para agendamento do retorno no SIM.

A partir das observações realizadas durante a consulta, o médico avalia a necessidade ou não do encaminhamento a outros profissionais: enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, dentista.

No momento do atendimento, se o médico avaliar gravidade do quadro clínico apresentado pelo usuário é solicitado o SAMU para encaminhamento do usuário ao serviço especializado.

2ª Etapa (Diagnosticado) – UBS Tradicional



2ª Etapa

No retorno à consulta médica, o usuário se dirige à recepção no horário agendado pelo médico. No atendimento, se o profissional confirma a hipertensão, é realizada a prescrição de medicação e, se ainda for necessário, é encaminhado para a realização de exames que são agendados na recepção ou via CMC.

Caso o médico avalie a necessidade da realização de consulta com cardiologista, o usuário é orientado a se dirigir à recepção para agendamento via CMC. Ressalta-se que a UBS possui atendimento de um cardiologista de uma Unidade de Ensino Superior privado da cidade, que realiza atendimento às segundas e quartas. A marcação destas ocorre via CMC.

Os usuários que são detectados como hipertensos graves são encaminhados para o Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO). Estes devem se dirigir ao Instituto das Clínicas Especializadas (ICE) ou Pronto atendimento médico (PAM) para inserção neste grupo de atendimento.

Realizados os encaminhamentos necessários, o médico agenda as consultas de acompanhamento do usuário. O intervalo dessas consultas é determinado de acordo com a necessidade de cada caso. No momento da consulta, o mé-

dico também encaminha o usuário para o enfermeiro ou assistente social para inserção no grupo de hipertensão.

O Grupo educativo é destinado a hipertensos e diabéticos, e acontece em três dias consecutivos, uma vez por mês. A primeira reunião é organizada pelo clínico geral, a segunda, pelo endocrinologista, e a terceira, pela enfermagem.

A reunião é obrigatória para todos os usuários que estão ingressando no grupo de atendimento de hipertensos, para poder receber medicação e realizar o acompanhamento médico. Estas são abertas, podendo frequentar o grupo quem já participou anteriormente. Participam, em média, de 25 a /30 pessoas.

Caso o usuário não possa comparecer ao grupo por motivos justificáveis, é permitido o comparecimento de familiares do usuário. Porém, no terceiro dia de grupo, que é de responsabilidade da enfermagem, é obrigatório o comparecimento do usuário hipertenso, pois ocorrerá o cadastro no hiperdia e a confecção do cartão de acompanhamento do usuário.

Quando o usuário avisa da ausência ao grupo, é automaticamente remarcado para o grupo do próximo mês. Se não comparecer ao grupo e não justificar ausência, o usuário é encaminhado para o Serviço Social ou para a enfermagem.

3ª Etapa

O usuário, já diagnosticado hipertenso, chega à UBS para atendimento agendado, não necessita de passar pela fila da manhã e pela distribuição de fichas. O usuário é encaminhado diretamente para o atendimento. Observa-se que o horário de atendimento é agendado de acordo com o horário do médico.

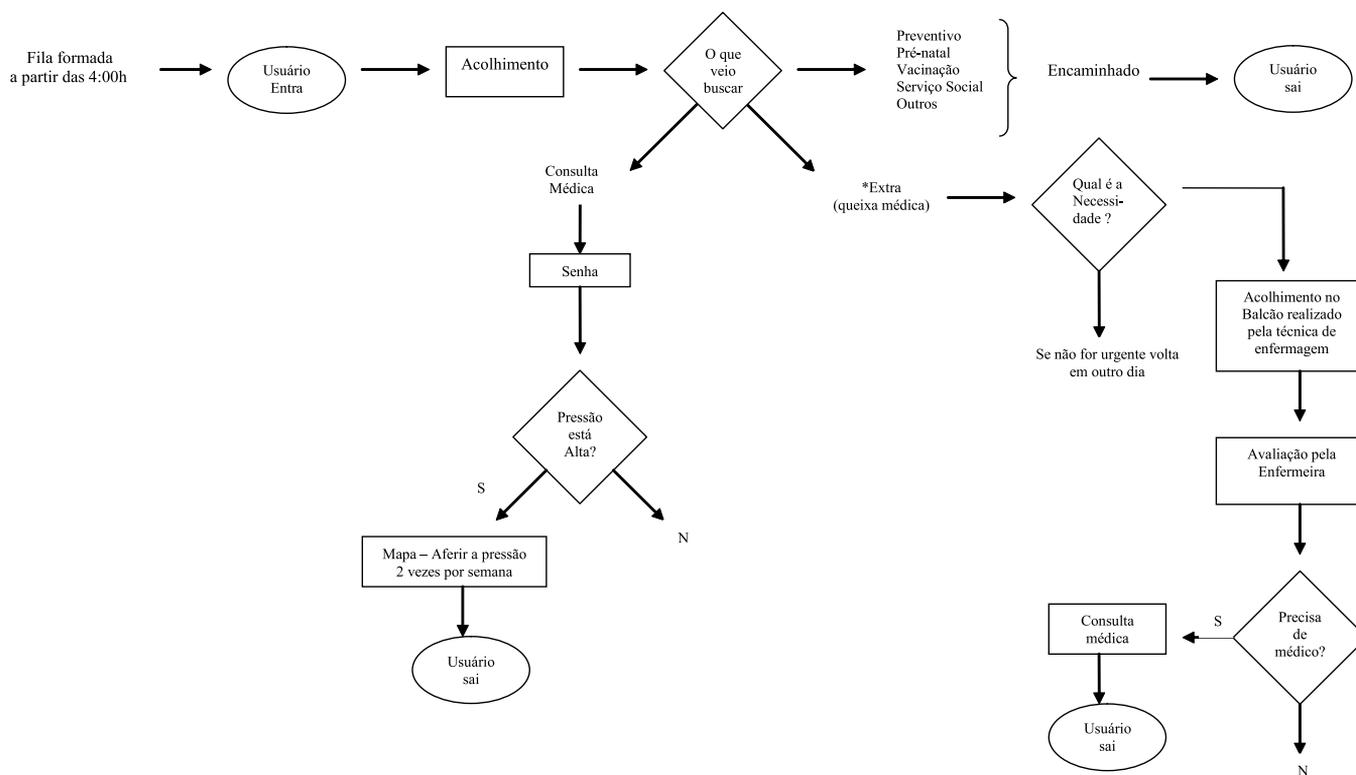
Para o usuário que perde a consulta médica agendada, é

realizada uma tentativa de agendamento para o mesmo dia que compareceu à UBS. Se não houver vaga, o usuário tem que retornar à fila inicial da manhã. Em casos excepcionais justificáveis para a falta à consulta, nova consulta é remarcada de acordo com a disponibilidade da agenda.

O usuário hipertenso pode ter acesso na UBS ao serviço de fisioterapia e caminhada orientada. Para este acesso, o usuário não necessita de encaminhamento, podendo se dirigir diretamente ao profissional.

Fluxograma II : Unidade de Saúde da Família

1ª Etapa (Antes do diagnóstico) – UBS/PSF



Descrição

1ª Etapa

A fila dos usuários é formada na porta da USF entre 04h00min e 04h30min por usuários pertencentes às duas áreas de abrangência e adjacências. Usuários que não fazem parte da área de abrangência também são atendidos na USF, porém não podem ser inseridos nos programas da Unidade. As principais demandas são para: Central de Marcação de Consulta - CMC - que se localiza do lado de fora da Unidade; fila de coleta de sangue; e fila para demanda espontânea e outros atendimentos/ serviços.

Na entrada, na maior parte das vezes, o usuário é “acolhido” pela auxiliar de enfermagem e pelas Agentes Comu-

nitárias de Saúde. Pergunta-se ao usuário o que ele veio buscar na Unidade. Se for preventivo, pré-natal, vacinação, atendimento com a Assistente Social entre outros serviços, o usuário é encaminhado conforme cada caso.

Se a necessidade do usuário estiver relacionada à consulta médica, este terá que pegar uma senha que corresponde ao número de vagas. São doze vagas, sendo que dez ficam destinadas à demanda espontânea e duas ficam para as pessoas que não podem ficar na fila, como, por exemplo, pessoas idosas.

Consideraremos, a partir deste ponto, os usuários que apresentam queixas/sintomas que podem estar relacionados à hipertensão arterial sistêmica, já que este foi o elemento traçador utilizado nesta pesquisa.

Caso o usuário consiga a senha para consulta, passa por

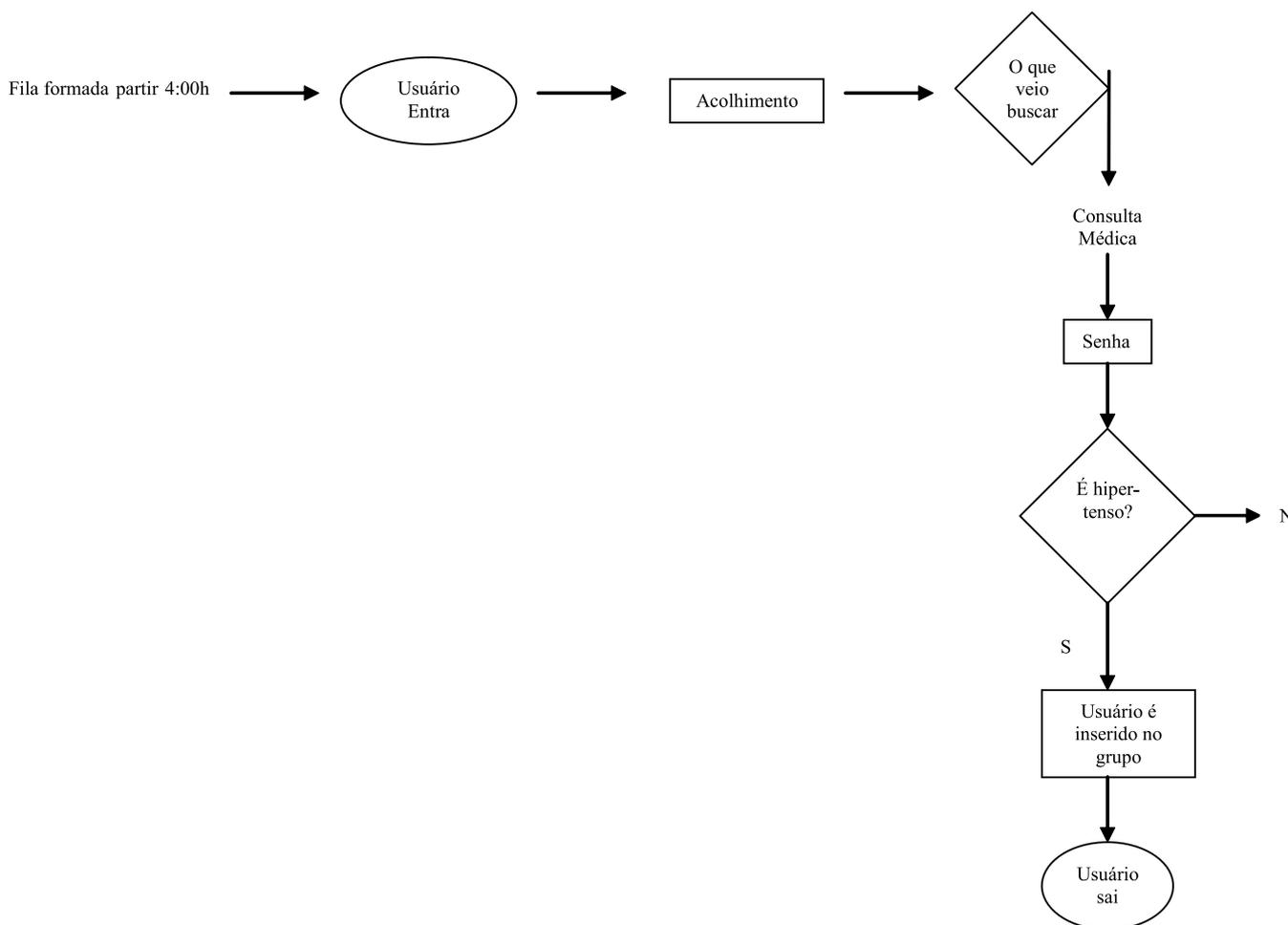
uma avaliação que ocorre do seguinte modo: aferição da pressão arterial do usuário, caso esta apresente alteração, o médico consulta o prontuário do paciente para identificar momentos anteriores em que ocorreram alterações na pressão, e histórico familiar, buscando avaliar predisposições genéticas para tal doença. Caso se confirme estes eventos anteriores e/ou histórico familiar, o usuário é inserido no grupo para o controle da hipertensão da Unidade, sendo orientado sobre dieta adequada e sobre hábitos de vida saudável e já sai da consulta com o retorno (de 4 a 6 meses dependendo da gravidade) marcado. Se necessário, o usuário pode ser encaminhado com a sua receita para a farmácia para receber a medicação.

Caso o usuário tenha apresentado este sintoma, mas não haja no prontuário anotações anteriores a respeito de

pressão alterada, o médico encaminha o usuário para que faça o mapa de PA durante um mês com medição duas vezes por semana no horário de sua preferência, sendo esta aferição realizada pelo auxiliar de enfermagem.

Há também o atendimento “extra” do usuário que chega com uma queixa clínica para o médico. Este usuário não entra pela fila que é formada antes de abrir a Unidade de Saúde, mas ele passa pelo atendimento realizado no balcão pela da técnica de enfermagem que solicita uma avaliação da enfermeira, a qual, dependendo da gravidade da situação apresentada pelo usuário, irá ou não encaminhá-lo para o atendimento médico. Em outros termos, caso a enfermeira não identifique risco iminente para o paciente, pode orientá-lo para voltar no outro dia pela manhã na fila da demanda espontânea.

2ª Etapa (Processo do diagnóstico) – UBS/PSF



2ª Etapa

Esta etapa está relacionada ao usuário que ainda não tem o diagnóstico de hipertensão, mas que, por conta dos seus sinais e sintomas, o médico encaminhou para construção

do “mapa de pressão”. Portanto, com o mapa nas mãos, o usuário deve retornar novamente para a consulta.

O usuário chega à porta da USF por volta de 04h00min às 07h00min e passa pela triagem. Caso tenha vaga, fica aguardando para consulta médica. A partir da avaliação

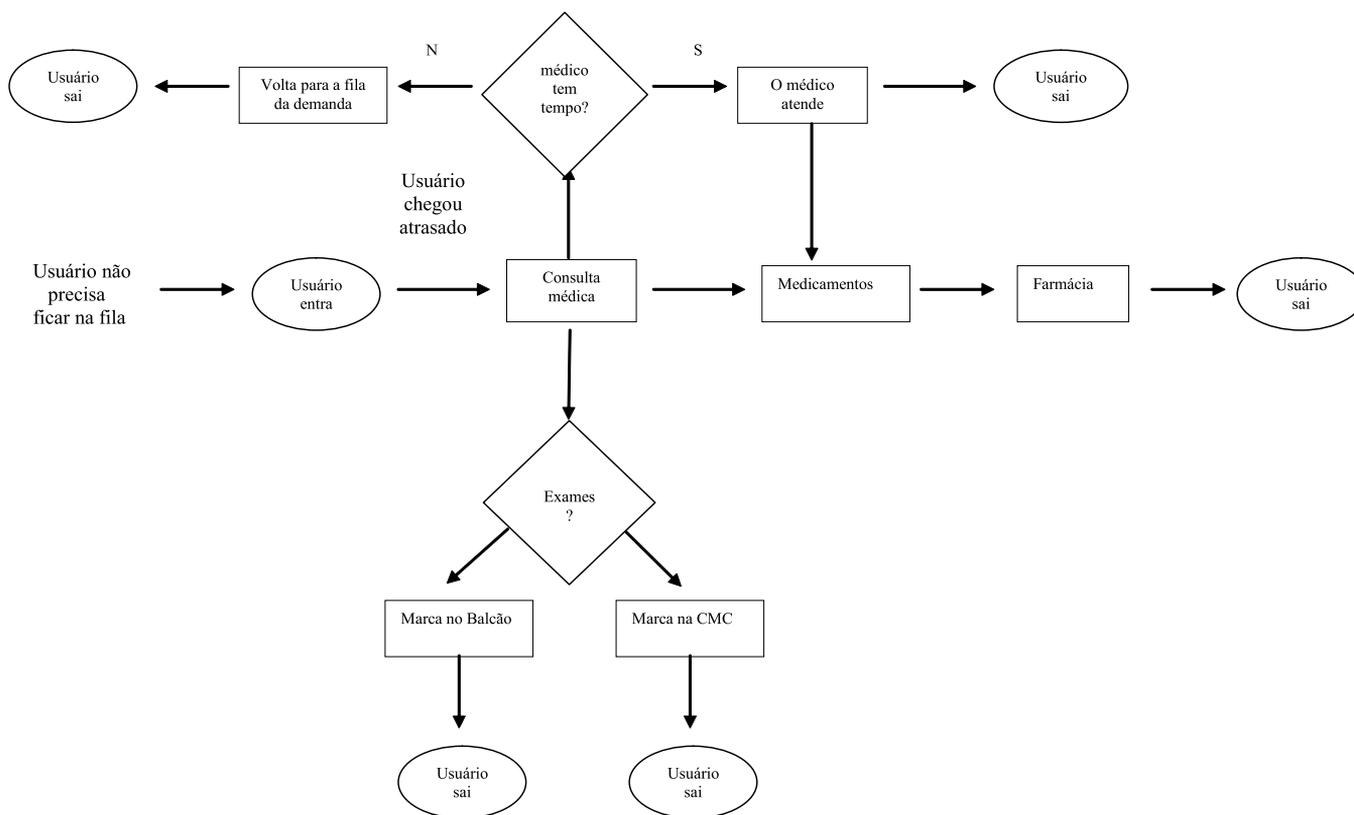
médica, sendo confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, o usuário é inserido no grupo e será acompanhado pela equipe, necessitando comparecer à USF de 4/6 no intervalo de 4 a 6 meses, saindo desta consulta com a próxima já agendada.

É verificado em seu prontuário sobre a realização de exames. Caso estes tenham sido feitos há mais de um ano,

o médico solicita novos exames e encaminha o usuário para a CMC e/ou para o balcão.

Quando o médico prescreve alguma medicação, o usuário é encaminhado para a farmácia para que os mesmos sejam dispensados. Se o medicamento estiver em falta ou não for fornecido pelo SUS, o médico normalmente indica medicamento genérico.

3ª Etapa (Grupo de Hipertensão) – UBS/PSF



3ª Etapa

O usuário chega à USF no horário previamente marcado para o grupo. São marcadas doze consultas, calculando-se um tempo de 15 minutos para cada uma.

Aquele usuário que, por alguma razão, chega atrasado, vai para o final da fila e é atendido se houver tempo. Se não, volta para a fila de demanda espontânea.

Se o usuário faltar e a falta for “bem” justificada, ele é remarcado, caso contrário, também volta para a fila de demanda espontânea.

Se houver necessidade de prescrever medicamento, o usuário já sai do consultório encaminhado para a farmácia, e, no caso de solicitação de exames, encaminha-se para a CMC e/ou balcão, como dito anteriormente.

O usuário já sai da consulta com o agendamento para a próxima consulta.

DISCUSSÃO

Na Unidade Básica de Saúde notamos que na etapa inicial é apresentada a entrada dos usuários na UBS a partir de uma queixa clínica. Para acesso aos serviços, o usuário necessita passar por uma fila que se inicia por volta das 04h00min, representando o primeiro entrave que o usuário encontra para o acesso ao serviço de saúde. Nesta fila, encontram-se apenas usuários que possuem uma demanda espontânea, visto que os usuários agendados se dirigem à UBS no horário determinado para seu atendimento.

No momento da realização do “primeiro acolhimento”,

como denominado pelos profissionais, podemos notar que o que ocorre, de fato, é a realização de uma triagem, ou seja, uma separação dos usuários a partir do que vieram buscar na UBS, não havendo uma escuta qualificada da demanda apresentada pelos usuários. A não participação de profissionais de outras áreas, nesse processo, também dificulta a qualidade da escuta, uma vez que a contribuição daqueles poderia auxiliar na identificação da real necessidade dos usuários.

Outro ponto que pode ser analisado como problemático diz respeito ao critério para distribuição das fichas de atendimento que segue a proporcionalidade de dois idosos para um adulto. O acesso aos serviços ofertados pela UBS pode ser dificultado já que ocorre uma delimitação das prioridades, sem ocorrer anteriormente uma escuta das demandas dos usuários.

Seguindo essa mesma análise, outro destaque se refere ao “segundo acolhimento” realizado pelos porteiros. Observa-se também que pode ocorrer uma dificuldade na escuta das demandas apresentadas pelos usuários, uma vez que o profissional que é determinado para tal função pode não estar preparado para a avaliação dos casos de saúde articulado aos seus diferentes determinantes.

Apesar dessas dificuldades, foi identificada uma preocupação dos profissionais em analisar as situações que são apresentadas fora da rotina do atendimento.

A centralidade na consulta médica foi verificada durante todo o processo de realização do fluxograma. O grande número de profissionais médicos disponíveis na UBS faz com que a rotina da Unidade seja organizada em função das consultas médicas.

Em relação à recepção, durante a realização do fluxograma, os profissionais avaliaram que as digitadoras que trabalham na recepção são treinadas somente para o exercício de suas atividades, o que implica na dificuldade de escuta das especificidades dos usuários, acatando somente ordens da Enfermeira/gerente, e não valorizando o conhecimento que os profissionais já possuem sobre a área de abrangência.

A centralidade do processo de trabalho no médico é também percebida a partir da identificação de que é este profissional que avalia o momento do usuário ser encaminhado aos outros profissionais. Destaca-se também que, muitas vezes, fica a cargo do usuário a procura espontânea pelos outros profissionais.

Importante ressaltar que o agendamento das consultas de retorno pelo próprio médico, auxilia no acesso do usuário ao serviço, visto que aquele não necessitará passar pela fila formada durante a madrugada. Para o acesso à

consulta de retorno, o usuário se dirige à UBS no horário previamente determinado pelo médico.

A existência de cardiologista na UBS é vista como uma facilidade para o acesso dos usuários. Outra informação apresentada durante a realização do fluxograma é que a UBS possui dois clínicos gerais que são cardiologistas. Assim, quando o usuário necessita de atendimento com o cardiologista e tem dificuldade de marcação via CMC, os médicos atendem as exceções como cardiologistas. Porém, deve-se considerar que, ao mesmo tempo em que “facilita” o acesso dos usuários ao serviço, negligencia o processo de referência dos serviços e, assim, descaracteriza a atenção básica.

Outra observação pertinente se refere ao grupo educativo. Este é centrado estritamente no biológico, não havendo espaço para a discussão de outros fatores (sociais, culturais, econômicos) que são determinantes para o tratamento do hipertenso.

Por outro lado, a preocupação em garantir a realização do tratamento do usuário é vista de forma clara a partir da possibilidade da participação de familiares dos usuários no grupo de hipertensos, significando também a possibilidade de envolvimento da família no acompanhamento que será realizado pelo usuário.

Dessa forma, podemos perceber que não ocorre uma interação entre os serviços ofertados aos usuários, que resulta na fragmentação no processo de cuidado aos hipertensos.

Na Unidade de Saúde da Família, a construção do fluxograma fez emergir uma série de fatores que interferem no processo de produção do cuidado ao hipertenso nesta Unidade Básica de Saúde e que merecem ser destacados.

Em relação à demanda espontânea, os usuários têm que passar por uma fila que começa a se formar por volta de 04h00min. No caso das consultas médicas, o usuário precisa de uma senha para o atendimento, sendo reservadas doze vagas para cada médico. Cada profissional se responsabiliza por uma área de abrangência, com um território/população definidos, revelando-se assim uma restrição no acesso, uma vez que nem todos conseguem vagas para tal. Percebe-se que o serviço está organizado para o atendimento de interesses institucionais, não havendo abertura para a exposição das opiniões dos usuários aos quais resta seguir as regras estabelecidas.

De acordo com a equipe, os usuários que não possuem UBS e USF de referência deveriam ser encaminhados para Policlínica de referência, mas estes preferem buscar o atendimento na unidade por sua localização e por seu atendimento.

A abrangência do termo integralidade nos remete à necessidade de reorganização constante dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades dos usuários, tanto as necessidades expressas quanto as mais ocultas, estas não apresentadas diretamente pelos usuários, mas percebidas através da abordagem integral do profissional de saúde. Trata-se aqui do processo de organização dos serviços de saúde e da polarização existente entre oferta e demanda de serviços assistenciais de saúde.

É importante a percepção acerca das disputas, conflitos e interesses diversificados envolvidos na relação entre oferta e demanda de cuidados, levando-nos ao desafio reverso: o de criar saberes e práticas comuns imbuídos de solidariedade e cooperação, não só dos profissionais para com os usuários, mas dos profissionais entre si e dos usuários em relação aos profissionais.

O acolhimento representa um espaço privilegiado de comunicação entre profissionais e usuários, na busca das melhores respostas às demandas destes últimos, através da escuta qualificada e da valorização da autonomia dos usuários. Podemos inferir, através da fala dos profissionais, que, na realidade, não ocorre um acolhimento baseado na escuta e na priorização de demandas, visto que é obedecida a ordem de chegada. Este fato relaciona-se com a postura adotada pelos profissionais que não demonstram um conhecimento teórico para a implementação do acolhimento.

O “acolhimento” aos usuários é feito, em sua maioria, pela auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde no balcão de atendimento, sendo encaminhados de acordo com suas demandas. Pode-se observar que a ausência dos demais profissionais no acolhimento dificulta a real implementação deste e a possibilidade de construção de um trabalho em equipe desde o momento em que o usuário entra na Unidade.

No tocante ao atendimento ao hipertenso, se for confirmado o diagnóstico, com o auxílio do mapa de pressão arterial, o usuário é inserido no grupo específico e será acompanhado pela equipe, necessitando comparecer a USF no intervalo de 4 a 6 meses, saindo desta consulta com a próxima já agendada.

A partir do momento em que o usuário está inserido no grupo de hipertensos, o usuário não enfrenta fila, sendo marcados horários individuais para as consultas, respeitando o prazo de quinze minutos para cada atendimento. Esta norma funciona bem, desde que o usuário chegue no horário pré-estabelecido, pois se ele atrasar será encaixado no final da fila, e só será atendido se houver tempo disponível para consulta médica. Há também os casos dos

faltosos no dia da consulta, este usuário, se não apresentar uma ‘boa’ justificativa, será encaminhado para a fila de demanda espontânea. Se a justificativa for plausível, ele será remarcado, não necessitando de enfrentar a fila. Mas e o usuário que não comparece na consulta marcada e não procura mais a USF? Quanto a isto, os profissionais não mencionaram a busca ativa dos casos de usuários que não estão aderindo ao tratamento.

Percebemos que esta norma institucional, por ter um caráter punitivo, dificulta o acesso e provoca uma penalização do usuário que faltou ou se atrasou à consulta médica, demarcando uma postura tutelar na relação estabelecida com o usuário, dificultando a construção da autonomia do mesmo no seu processo de cuidado. Essa forma organizativa pode criar um desestímulo ao usuário para que ele retome o tratamento.

Essa conduta da USF faz aumentar, desnecessariamente, a fila da demanda espontânea, descaracterizando-a, pois na realidade esses usuários já pertencem a um grupo específico da Unidade que possui um fluxo próprio. Se para eles fossem pensadas outras formas de atendê-los, a fila poderia ser menor, diminuindo a burocratização do acesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se durante o processo de realização do fluxograma, através das falas e silêncios dos profissionais, a centralidade da figura do médico no desenvolvimento do processo de cuidado ao hipertenso, já que este se responsabiliza pelo cuidado individual do usuário, pelo trabalho de educação em saúde, o qual se realiza dentro do consultório, e este também é o responsável pela marcação dos retornos dos usuários para o controle.

Não foi percebido o envolvimento dos demais profissionais, buscando a construção coletiva dos projetos terapêuticos dos usuários cadastrados nas UBS's. Esta constatação talvez possa revelar uma desconsideração dos vários fatores, não diretamente biológicos, mas que estão ligados à hipertensão, como, por exemplo, problemas familiares, nos ambientes de trabalho, que podem desencadear doenças no aparelho circulatório.

Sabe-se que, tradicionalmente, os serviços de saúde foram organizados em torno da atenção às doenças ou, até mesmo, só para algumas doenças específicas. Nesse sentido, a demanda pelo atendimento médico sempre foi imperiosa. Quando um serviço se organiza apenas oferecendo assistência médica, a tendência é de os usuários o procurem apenas para a solução das doenças que o mesmo se propõe a abordar, reforçando a visão da doença como

um território culturalmente e socialmente construído como do profissional médico.

Outro ponto importante se refere à entrada dos usuários nas UBS's, indicando que, mesmo a Unidade utilizando à prática do acolhimento, não consegue ter resolutividade, uma vez que, depois da entrada do usuário, o que vem são os fluxos para a consulta médica e a outros profissionais.

A questão do grupo aparece também como importante, porque ele é visível no fluxograma de uma das UBS's, mas apenas no final, em um plano secundário às ações que são realizadas durante todo o fluxo. Cabe ponderar que este trabalho é primordial, pois este é o espaço em que os usuários podem trocar experiências, vivências, informações com outros usuários e com os profissionais, contribuindo para a democratização das informações, para a análise da realidade social, da realidade específica de trabalho em busca da universalização e ampliação dos direitos.

Importante considerar que o Cuidado, de acordo com Franco (2003), se realiza/ materializa na construção de Projetos Terapêuticos. Este seria o conjunto de atos assistenciais pensados que devem ser encaminhados para resolver um problema de saúde e que são estruturados para produzir Cuidado ao usuário. O Projeto Terapêutico só existe enquanto idealizado e programado mentalmente pelos profissionais, e toma materialidade quando executado por ações centradas no usuário "portador de problemas de saúde", transformando-se em atos concretos assistenciais.

Porém, como podemos notar, nas duas UBS's analisadas, não há a realização de um projeto terapêutico centrado no usuário hipertenso. Ambas apresentam a organização do seu trabalho centrado no trabalho médico e pouco ainda se utilizam de processos coletivos de educação em saúde.

Os resultados apresentados apontam para o entendimento de que a produção do cuidado ao hipertenso está centralizada nas determinações do Ministério da Saúde, estando o processamento do trabalho centralizado na consulta médica e pouco embasado em tecnologias relacionais.

Como podemos notar, na análise realizada, ainda persiste uma dificuldade na organização do processo de trabalho centrado no usuário e no trabalho em equipe, no fomento à construção de vínculos com os usuários e no estabelecimento de espaços que primem pelo processo de educação em saúde tanto em nível individual quanto grupal.

Verificamos também que o acesso aos serviços de apoio e diagnóstico, às consultas em especialidades, é dificultado pela quebra e separação entre os níveis de atenção que compõem a linha do cuidado ao hipertenso.

Ressalta-se que o conjunto dos atos de saúde realizados produz um formato de cuidar que podem ser ações individuais e coletivas, abordagens clínicas e sanitárias da problemática de saúde que unem todos os saberes e práticas e que fazem parte da construção dos atos cuidadores

Para a construção de uma Rede de Cuidados que responda à diretriz da integralidade e às necessidades dos usuários, deve-se pautar a organização do trabalho nos processos de acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação e divulgação de informações, responsabilidade, regionalização e hierarquização.

O modelo hegemônico na atenção à saúde é pautado numa visão individualista, desconectada de seu contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias duras, gerando uma abordagem fragmentada e mecanicista. Este modelo vem sendo perpetuado na área da saúde segmentando saberes e indivíduos.

Consideramos que é a partir da reflexão crítica da APS e do PSF que podemos avançar na direção da consubstanciação do programa como realmente uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, tendo a compreensão de que essa mudança pode ser viabilizada por meio da reorganização do processo de trabalho.

A proposta do PSF surge com o intuito de avançar sobre esse modelo, contribuindo para uma mudança nas práticas em saúde na atenção primária. A partir destas transformações, e, principalmente, da formação não baseada no modelo biomédico, abre-se espaço para a construção do trabalho em equipe e de práticas interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616>. Acesso em: 27 set. 2008.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 633-641, 2006.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência no município de Juiz de Fora/MG**. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

- FRANCO, T. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 55- 124.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas/ SP). In: MERHY, E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003b. p. 135-160.
- LACERDA, A.; VALLA, V. As Práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004. p. 91-102.
- MERHY, E. E. O Ato de cuidar: a alma dos serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver - SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004. p. 21-36.
-
- Submissão: novembro de 2008
Aprovação: agosto de 2009
-