

## Análise do percurso terapêutico de doentes crônicos na Saúde da Família

## Therapeutic pathway analysis of the chronic patients in Family Health

## Análisis del recorrido terapéutico de pacientes crónicos en la Salud de la Familia

Renata Oliveira Maciel dos Santos<sup>1</sup>, Valéria Ferreira Romano<sup>2</sup>, Elyne Engstrom Montenegro<sup>3</sup>

*Informações do Artigo:*  
Recebido em: 12/12/2018  
Aceito em: 27/05/2019

DOI: 10.34019/2446-5739.2019.v5.13967

### RESUMO

**Objetivo:** analisar o percurso assistencial de usuários portadores de doenças crônicas, na busca por cuidado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com a Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, que teve como participantes 11 profissionais da equipe de saúde da família e quatro usuários, sendo utilizado o fluxograma descritor para apresentar o percurso assistencial dos doentes crônicos. **Resultados:** a análise do percurso assistencial de usuários demonstrou pontos de tensão na demanda espontânea, na oferta de consulta médica e de enfermagem, na visita domiciliar e na regulação. **Considerações finais:** as tensões reveladas expressam as dificuldades encontradas pelos usuários ao ingressar na UBS, situação contraditória ao atributo de primeiro contato na atenção básica. Os problemas no fluxo dos usuários apresentam um reflexo dos problemas encontrados no serviço de saúde, configurando dificuldades em proporcionar equilíbrio entre demanda, acesso e recursos.

### Descritores:

Doença crônica; Fluxo de trabalho; Saúde da família; Continuidade da assistência ao paciente.

### ABSTRACT

**Objective:** analyze the care pathway of users with chronic diseases in the search for care in a Basic Health Unit with Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** a descriptive, exploratory, qualitative study, involving 11 professionals from the family health

<sup>1</sup> Instituto Nacional do Câncer. Endereço: Rua Marquês de Pombal – Centro, Rio de Janeiro – RJ, 20230-240. E-mail: [renata.santos@inca.gov.br](mailto:renata.santos@inca.gov.br).

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: [valromano@uol.com.br](mailto:valromano@uol.com.br).

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: [elyneengstrom@gmail.com](mailto:elyneengstrom@gmail.com).

teams and four patients. **Results:** the analysis of the therapeutic course of users showed points of tension in spontaneous demand, in the offer of medical and nursing consultation, home visit and regulation. **Final considerations:** the tensions revealed the difficulties encountered by users in joining UBS, a situation that contradicts the attribute of first contact in basic care. The problems in the flow of users present a reflection of the problems found in the health service, configuring difficulties in providing a balance between demand, access and resources.

**Descriptors:**

Chronic disease; Family health; Workflow; Continuity of patient care.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar el recorrido asistencial de usuarios portadores de enfermedades crónicas, en la búsqueda por cuidado en una Unidad Básica de Salud con Salud de la familia en el municipio de Río de Janeiro. **Metodología:** estudio descriptivo, exploratorio, de abordaje cualitativo, que tuvo como participantes 11 profesionales de la salud de la familia y cuatro usuarios. **Resultados:** el análisis del recorrido terapéutico de usuarios demostró puntos de tensión en la demanda espontánea, en la oferta de consulta médica y de enfermería, visita domiciliar y regulación. **Consideraciones finales:** las tensiones reveladas expresan la dificultad encontrada por los usuarios en ingresar a la UBS, situación contradictoria al atributo de primer contacto en la atención básica. Los problemas en el flujo de los usuarios presentan un reflejo de los problemas encontrados en el servicio de salud, configurando dificultades en proporcionar equilibrio entre demanda, acceso y recursos.

**Descriptor:**

Enfermedad crónica; Flujo de trabajo; Salud de la familia; Continuidad de la atención al paciente.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial para orientar a Atenção Básica à Saúde no Brasil considera a pessoa em sua singularidade e sua inserção sociocultural, buscando promover a promoção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças<sup>(1)</sup>. Impacta na situação de saúde ao produzir atenção integral do indivíduo e comunidade, considerando o contexto social e familiar<sup>(2)</sup>.

O processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família pressupõe a continuidade da relação de cuidado, que perpassa pela construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários, de modo permanente e consistente, garantindo a longitudinalidade do cuidado<sup>(1)</sup>. Dessa maneira, o vínculo longitudinal é um dos atributos essenciais da Atenção Básica e definido como o acompanhamento dos usuários ao longo do tempo<sup>(3)</sup>. No Brasil, a vinculação inicia-se com a adscrição do usuário à equipe de saúde da família, considerando o território geográfico e mantém-se pelo acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde<sup>(4,5)</sup>.

O acompanhamento longitudinal está fortemente atrelado à qualidade da assistência, principalmente quando relacionado ao cuidado de doentes crônicos, que são indivíduos que demandam atenção contínua pela ESF. As doenças crônicas não transmissíveis é um importante problema de saúde pública no país, e o aumento da incidência dá-se pelo crescimento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários<sup>(2)</sup>.

Com a mudança do perfil epidemiológico no país, o controle das doenças crônicas passa a compor a

agenda de prioridades sanitárias. Por isso, é necessária a implementação de estratégias de acompanhamento, principalmente na Atenção Básica, de modo a garantir a promoção da qualidade de vida e cuidado integral dos indivíduos<sup>(6)</sup>.

Com o intuito de analisar o percurso assistencial desses usuários em busca do cuidado, é possível utilizar ferramentas de gestão, como o fluxograma descritor, que possibilita ilustrar o caminho que o usuário faz dentro das unidades de saúde ao qual está vinculado. Tal análise, além de descrever o processo, também identifica os locais que apresentam problemas, evidenciando os pontos de tensão<sup>(7)</sup>.

O monitoramento do percurso assistencial por meio de representação gráfica proporciona a melhor compreensão das estratégias de cuidado fornecidas e adotadas pelo serviço. Isso possibilita identificar ameaças e potencialidades durante o processo de cuidar<sup>(7)</sup>.

## **OBJETIVO**

Analisar o percurso assistencial de usuários portadores de doenças crônicas, na busca por cuidado em uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro.

## **MÉTODOS**

### **Referencial teórico-metodológico**

Utilizou-se o modelo do Fluxograma descritor proposto por Merhy (1997) para sistematizar os dados emergidos da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes do estudo <sup>(7)</sup>.

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trata de experiências cotidianas do “senso comum” interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.<sup>(8)</sup>

### **Procedimentos metodológicos**

Foram selecionadas duas equipes de Estratégia de Saúde da Família que estavam com seu quadro de profissionais completo, com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e, no mínimo, quatro agentes comunitários de saúde, condições consideradas importantes para organização do processo interno de trabalho.

Os profissionais participantes foram selecionados dessas equipes, tendo como critério de

inclusão tempo de atuação no território superior a 12 meses e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Foram selecionados também para participar do estudo quatro usuários cadastrados. Um usuário de cada equipe foi considerado como um caso complexo para o manejo (com dificuldade de adesão ao cuidado na percepção da equipe) e outro de cada equipe, como um caso com acompanhamento adequado (com atendimento regular na clínica). Ou seja, foram, respectivamente, dois casos de cada equipe.

Como critério de inclusão para os usuários, utilizou-se ser portador de doença crônica (hipertensão arterial (HA) e/ou diabetes), ser indicado por um profissional de nível superior da equipe (médico ou enfermeiro) como um caso complexo ou com acompanhamento adequado, possuir registro de, pelo menos, uma consulta médica nos últimos dois anos registrado no prontuário eletrônico da UBS para permitir o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Optou-se por selecionar dois usuários de cada equipe, como casos complexos e aderidos, de modo a identificar potencialidades e dificuldades durante o acompanhamento longitudinal no serviço de saúde para esse grupo de doentes crônicos.

Os roteiros de entrevistas foram previamente testados em voluntários que atendiam aos critérios de seleção dos participantes do estudo, buscando adequar a coleta de dados aos objetivos deste. Os resultados do piloto não foram incorporados aos resultados desse estudo. Após a coleta de dados com os participantes, seguiu-se à análise das entrevistas, além da categorização das falas e da construção do fluxograma descritor. Tal estudo está em consonância com as diretrizes apresentadas pelo referencial metodológico para pesquisa qualitativa (Coreq).

### **Cenário do estudo**

As entrevistas foram realizadas em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro, de dezembro de 2014 a janeiro de 2015. Essa unidade foi selecionada por apresentar o modelo prioritário para estruturar a Atenção Básica no Brasil, que é a Estratégia de Saúde da Família, e atuar no território adscrito por mais de 12 meses.

### **Fonte de dados**

Participaram do estudo dois médicos, dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem (um de cada equipe), dois agentes comunitários de cada equipe e um dentista que atendia a ambas as equipes, totalizando 11 profissionais participantes. Os quatro usuários, portadores de doenças crônicas, foram selecionados por indicação dos profissionais das equipes. Todos os convidados participaram do estudo, não havendo negativa de nenhum participante selecionado.

## **Coleta e organização dos dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com questões que buscavam captar, em profissionais e usuários com doenças crônicas, aspectos do caminho percorrido na UBS para o cuidado, identificando os nós críticos ou linhas de tensão. As entrevistas com cada profissional foram realizadas em espaços reservados da UBS, enquanto as dos usuários no próprio domicílio, depois de agendamento prévio de visita pelo pesquisador. A entrevista com o usuário foi realizada sem a presença da equipe, com o intuito de minimizar constrangimentos, em caso de eventuais críticas ao serviço.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados sistematizados em dois esquemas, denominados fluxogramas descritores (“Fluxograma da atenção aos usuários com HA e diabetes na visão dos profissionais” e “Fluxograma segundo os usuários”). O primeiro fluxograma apresenta a percepção dos profissionais de saúde e o outro a dos usuários, o que permitiu comparar as linhas de tensão percebidas entre os grupos.

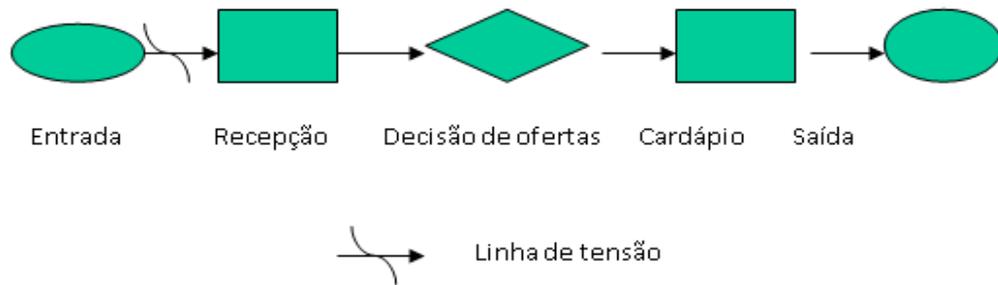
## **Etapas do trabalho**

As etapas seguiram, primeiramente, com o convite para participar da pesquisa, da coleta e da análise de dados, conforme os parâmetros da pesquisa qualitativa e o fluxograma descritor, utilizado como referencial metodológico para ilustrar o caminho percorrido por usuários crônicos.

## **Análise dos dados**

Para análise das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo, que se caracteriza pela exploração do material por meio de leitura flutuante, seguida da sistematização do conteúdo.<sup>(9)</sup> As falas ilustrativas das linhas de tensão foram destacadas e apresentadas durante o texto. O fluxograma descritor, segundo Merhy, é a representação gráfica das etapas que os usuários percorreram no âmbito da Unidade de Saúde. Tal recurso possibilita demonstrar as linhas de tensão e problemas encontrados durante o percurso dos usuários para satisfazer suas demandas de saúde. As etapas representadas pelo modelo compreendem a entrada, a oferta/utilização de serviços e a saída ou o reingresso, como representado na figura 1<sup>(7)</sup>.

**Figura 1. Modelo do fluxograma descritor proposto por Merhy, 1997**



Fonte: Merhy, 1997

Nas unidades básicas do Rio de Janeiro, a entrada (ou recepção) é realizada pela adscrição geográfica prévia a uma determinada equipe. As ações de oferta abrangem determinados serviços oferecidos pela unidade de saúde, ou seja, tanto as consultas clínicas (médico, enfermagem, odontologia) quanto atendimentos de diversas naturezas. Por último, os usuários que obtiveram algum tipo de intervenção irão sair ou retornar à unidade para encaminhamentos, exames ou para outros serviços assistenciais; e o retorno pode ser para outros níveis da rede de atenção à saúde ou do próprio serviço.

### **Aspectos éticos**

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ser elucidado que a participação na pesquisa era voluntária e sem qualquer prejuízo para a continuidade do tratamento, em caso de recusa. Essa pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa da Ensp/Fiocruz, CAAE: 30362014.0.0000.5240 e foi financiada pelos próprios pesquisadores.

### **RESULTADOS**

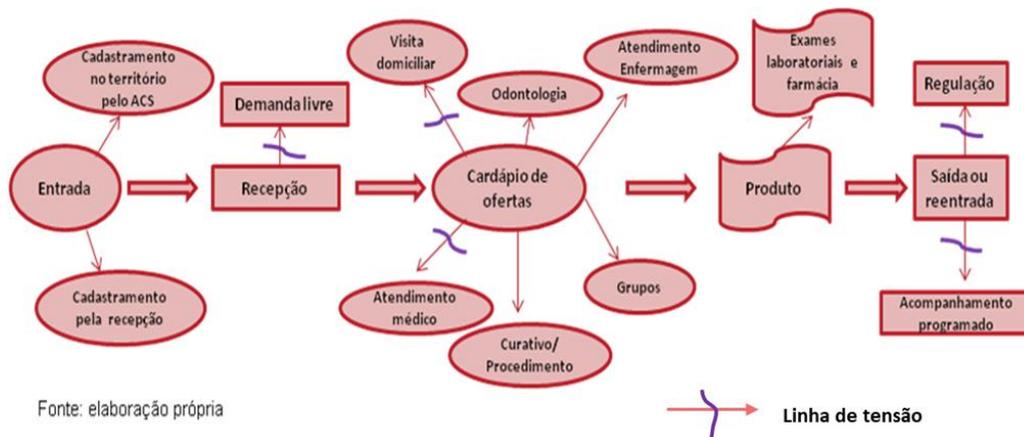
Em relação ao perfil dos entrevistados, dos 11 profissionais participantes, a maioria era de mulheres ( $n = 10$ ), com variação de idade entre 23 a 63 anos, sendo a média de 40 anos. Noventa por cento dos profissionais apresentavam mais de três anos de experiência em saúde da família, o que aponta vivência com as práticas realizadas em tal cenário de estudo.

Entre os usuários entrevistados, a idade variou de 35 a 60 anos, sendo a média de idade de 50 anos. Três possuíam hipertensão arterial e apenas um também possuía diabetes. Todos moravam há mais de 10 anos no local adscrito pela clínica da família, sendo três mais de 20 anos e todos eram cadastrados nessa unidade básica há mais de quatro anos. Todos os usuários conheciam e mantinham uma boa relação com seus agentes comunitários de saúde de referência, mesmo os usuários não aderidos. Entre os não aderidos ( $n=dois$ ), estes frequentavam a clínica esporadicamente, indo a

algumas consultas apenas para recebimento de medicamentos ou aferição da pressão arterial.

A figura 2 apresenta o fluxograma construído a partir da percepção dos profissionais.

**Figura 2. Fluxograma descritor da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes pela percepção dos profissionais**



Fonte: elaboração própria

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Na entrada, o principal procedimento realizado é o cadastro do usuário (formalização da adscrição à equipe e à unidade de saúde), podendo ser realizado no domicílio em visita domiciliar ou na própria unidade, em guichês de atendimento, quando o usuário procura à UBS por demanda livre. Em ambas as situações, o cadastramento é realizado pelo agente comunitário de saúde.

Para os profissionais, a entrada e a recepção do usuário têm ocorrido de maneira adequada, não ocasionando dificuldades no percurso. No entanto, após o cadastramento, o usuário que procura a unidade de maneira não programada ou de livre demanda ocasiona problemas ao fluxo, uma vez que a organização do trabalho não prioriza ou não está preparada adequadamente para esse tipo de recepção.

O cardápio de ofertas, na visão dos profissionais, apresentou problemas na disponibilidade de atendimento médico e nas visitas domiciliares. Devido ao excesso de usuários afiliados à equipe, a demanda por consulta médica apresenta-se maior que a oferta, principalmente quando a população apresenta vulnerabilidade social e de saúde, o que acarreta maior necessidade de acompanhamento.

As visitas domiciliares foram referenciadas como passíveis de problemas relacionados ao tempo dispensado dentro do planejamento do processo de trabalho, à disponibilidade dos profissionais e, por vezes, à não aceitação da tarefa pelos próprios trabalhadores que a deveriam executar. Os grupos educativos foram identificados como suficientes e com acessibilidade facilitada, sendo uma potencialidade do serviço esse tipo de ação.

Não tem tantos momentos para poder fazer visita. Não tem para gente sair da clínica e fazer a busca ativa do paciente. São poucos momentos, e tem que ser assim, algo rápido, porque são muitos pacientes e em curto tempo. A demanda é muito grande, e aí fica meio difícil (Técnico de enfermagem B).

Seguindo o fluxograma, o produto do cardápio de ofertas, na visão dos profissionais, não apresenta problemas dentro da unidade, pois o serviço de exames laboratoriais e assistência farmacêutica funcionava adequadamente.

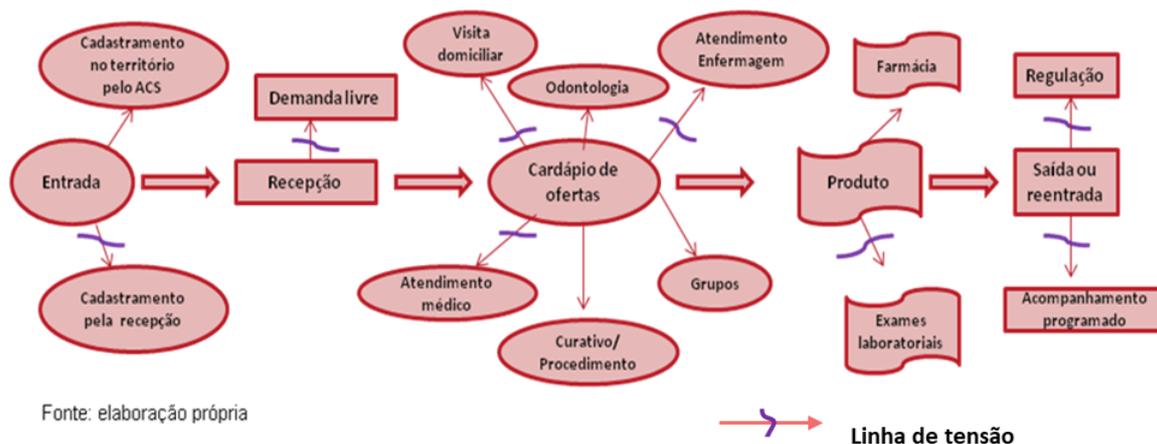
A saída, ou reentrada, é entendida como um processo contínuo de retroalimentação do caminho percorrido pelo usuário, como o caso da regulação. Nessa etapa, foram encontradas dificuldades tanto para a execução do agendamento de consultas para especialistas quanto para o apoio diagnóstico. Essa tensão pode ser atribuída à falta de vagas disponíveis em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde e à distância geográfica dos locais agendados para o atendimento externo.

Outro fator que contribui para essa tensão é a disponibilidade de profissionais para inserir os dados dos usuários no sistema de informação. Isso porque, na organização do processo de trabalho, a inserção no sistema é realizada pelo mesmo profissional que atende, demandando mais tempo para a realização dessa tarefa.

Nosso horário, nosso cronograma, que às vezes é apertado demais, o que gera muitas dificuldades (Técnico de enfermagem A).

O atendimento programado também demonstrou tensão, uma vez que os profissionais ressaltaram dificuldades para organizar a agenda, de modo a possibilitar o agendamento do próximo atendimento ao final da consulta. O fluxograma descritor na percepção dos usuários, demonstrado na figura 3, possibilitou identificar o caminho percorrido pelos doentes crônicos na UBS, sinalizando as tensões percebidas, algumas convergentes e outras divergentes da visão dos profissionais. Os pontos de tensão, tanto na visão dos usuários aderidos quanto na dos não aderidos, manifestaram-se de maneira uniforme, sendo assim representadas em um mesmo fluxograma.

**Figura 3. Fluxograma descritor da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes pela percepção do usuário**



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Na entrada, ou primeiro contato do usuário com a equipe, observou-se tensão para realizar o cadastro na UBS, pois o usuário tem dificuldade de contato com o agente de saúde responsável pela sua área, principalmente no guichê de atendimento. Neste espaço, há um rodízio de turnos para atendimento pelo agente comunitário, que denota tensão, quando não é possível encontrar aquele responsável pela área geográfica na qual o indivíduo mora.

Os usuários também relataram dificuldade na recepção por demanda livre. A maior barreira é no guichê de atendimento. Por vezes, eles não conseguiam o atendimento clínico da equipe, situação mais frequente quando a recepção era feita por outro agente comunitário.

Já até fui à demanda livre procurando consulta, mas é muito difícil eles encaixarem na demanda livre (Usuário C).

Na utilização dos serviços da UBS, embora com um cardápio de ofertas variado, houve linhas de tensão nas consultas médicas, na enfermagem e na visita domiciliar. Os usuários relatavam que as visitas, realizadas em geral apenas pelo agente de saúde, não eram feitas com tempo necessário e atribuíam tal dificuldade ao papel equivocado do ACS na recepção. Essa percepção pode ser capturada pela fala de um usuário:

A dificuldade que eu acho é que o agente não tinha que estar naquele guichê. Eu

acho que o guichê tinha que ter uma contratação para ele, para a marcação, para deixar os agentes trabalharem na rua (Usuário C).

Em relação às consultas médicas e aos atendimentos de enfermagem, os problemas relatados foram poucas vagas e marcações sempre para datas muito distantes às requisitadas. Alguns afirmaram que o agendamento para enfermeiros era mais fácil que para o médico. No entanto, , havia dificuldades de oferta para ambos os profissionais.

O que é difícil? Acho difícil conseguir vaga em todas as consultas. Demora muito para conseguir um agendamento no guichê (Usuário D).

Com a enfermeira, eu até consigo consulta, mas é muito difícil com o médico. Sempre tem que esperar muito tempo (Usuário A).

A oferta de grupos educativos foi identificada como uma potencialidade do serviço. Os usuários afirmaram que não havia dificuldades para frequentá-los e ainda reconheciam esses espaços como de grande importância para seu cuidado. Os grupos, na maioria, eram realizados pela equipe de enfermagem.

A realização de procedimentos, como coleta de exames, curativos e vacinas, também não demonstrou problemas de fluxo. Contudo, o atraso na devolutiva de resultados dos exames laboratoriais apresentou grande desconforto aos usuários, sendo necessário retornar à unidade por diversas vezes em busca desse resultado ou, até mesmo, realizar nova coleta de material. Tal fato dificultou o agendamento de consultas.

Eu fiz um exame que tem uns dois anos e eu não recebi o resultado. Aí eu vou para marcar. Aí tem que esperar o exame, porque é feito fora. Não é feito ali. Aí a gente tem que esperar e não consegue marcar (Usuário D).

O processo de saída e reentrada apresentou problemas consideráveis, pois o acompanhamento programado pareceu não estar organizado, mesmo para os usuários que necessitam de atendimento contínuo devido às doenças crônicas. A organização do trabalho não contemplava a longitudinalidade do cuidado necessário a estes usuários.

Tive que voltar para marcar a próxima consulta porque a gente não sai com a próxima marcada. A gente volta (Usuário C).

O acompanhamento programado, que deve ser uma característica do atendimento desses usuários, demonstrou não ter funcionamento adequado, sendo este um ponto essencial para manter a

longitudinalidade nesse nível de atenção. Os usuários queixaram-se que, frequentemente, era necessário retornar até a unidade de saúde para conseguir agendar sua consulta de retorno. Isso provocava maior insatisfação e desgaste do usuário.

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta uma análise do percurso assistencial de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis em uma unidade de saúde da família, sob a perspectiva do profissional e do usuário. Entre os princípios achados, foi possível identificar alguns pontos de tensão congruentes e outros divergentes na percepção dos profissionais e dos usuários da unidade. Na visão dos usuários, o fluxo possui mais pontos de tensão em comparação com o fluxograma dos profissionais, como cadastramento na unidade, acesso às consultas médicas, de enfermagem e aos exames laboratoriais e o agendamento de retorno para acompanhamento sistemático.

Os pontos de tensão na entrada e na recepção podem expressar a dificuldade de acesso que os usuários encontram para ingressar na Atenção Básica. Tal situação é contraditória ao atributo de primeiro contato ou porta de entrada principal da Atenção Básica<sup>(1)</sup>.

O acesso ao sistema de saúde pode ser entendido como a porta de entrada, como o local de acolhimento e primeiro contato do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele, no sistema de saúde, na busca da resolução dessa necessidade<sup>(10)</sup>. A garantia de acesso aos serviços de saúde tem o potencial de produzir resultados, pois proporciona a melhora no atendimento aos problemas de saúde da população<sup>(11)</sup>.

A variação do cardápio de ofertas demonstrou contribuir para a satisfação do usuário, o que possibilitou alcançar o cuidado durante a consulta de enfermagem e as atividades de educação em saúde. Em contrapartida, algumas dessas atividades não conseguem cumprir seu papel potencializador do cuidado, principalmente pela falta de organização do trabalho e de tempo para a realização dessas tarefas, como a visita domiciliar.

O acúmulo excessivo de atividades dos profissionais das Equipes de Saúde da Família é um tema recorrente na literatura em saúde. Autores relatam que o número elevado de atividades e o tempo escasso são os principais complicadores do processo de trabalho das equipes, assim como foi destacado pelos entrevistados do estudo<sup>(12,13)</sup>.

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, como o de Ferro et al.(2014) que afirmam que o tempo estabelecido para as atividades intersetoriais e interdisciplinares das equipes de Saúde da Família é insuficiente<sup>(14)</sup>. O excesso de demanda e a falta de tempo para a realização de reuniões, de discussão de casos e planejamento de ações são apontados como barreiras para o

exercício do trabalho. Essas barreiras contribuem para a descaracterização do trabalho da Saúde da Família, uma vez que a falta de tempo e o excesso de burocratização transformam o trabalho, ocasionando a diminuição ou a perda de tarefas essenciais para alcançar os objetivos desse nível de atenção, como a longitudinalidade do cuidado<sup>(15)</sup>.

A saída e a reentrada dos usuários apresentaram dificuldades, sobretudo quando relacionadas ao planejamento do cuidado dos usuários portadores de doenças crônicas – indivíduos que necessitam de observação contínuo. A reentrada nos pontos de cuidados tem ocorrido de forma não planejada e desorganizada, o que prejudica a continuidade da atenção. Ao considerar que o paciente crônico necessita estar vinculado e com atendimento constante pela unidade de saúde, a fragilidade em manter o acompanhamento apresenta uma falha da organização do serviço.

Considerando a longitudinalidade do cuidado como um atributo essencial da Atenção Básica à saúde, o acompanhamento programado é essencial nesse nível de atenção<sup>(5)</sup>. No entanto, esse ponto demonstrou sérias dificuldades em sua execução, pois foram encontradas dificuldades de organização da agenda de serviço para retorno em tempo hábil. Também foi possível observar problemas na regulação dos serviços disponíveis nos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois tal processo não tem desempenhado seu papel facilitador na logística de promoção de acesso.

O acompanhamento longitudinal retoma o conceito de cuidado e de qualidade na atenção, visto que possibilita melhor acompanhamento e, conseqüentemente, melhor controle do processo saúde-doença e acesso garantido ao cuidado em todos os pontos da rede de atenção à saúde.<sup>(16)</sup> A rede de saúde deve ser estruturada de modo a garantir atendimento em diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, busquem garantir a integralidade do cuidado<sup>(17)</sup>.

A longitudinalidade é ainda mais essencial quando pensamos no modelo de atenção voltado para as doenças crônicas, que está em crescimento devido a transição demográfica e epidemiológica verificado em países em desenvolvimento. Nessa nova condição, a prática em saúde passa de um modelo curativo para um modelo focado no manejo de doenças, impactando na identidade e no modo de vida das pessoas<sup>(18,19)</sup>.

A satisfação dos pacientes crônicos é essencial para garantir o cuidado deles, pois, nesse processo, é essencial sua participação no plano que depende da adesão ao tratamento, além de engajamento diante das opções propostas<sup>(20)</sup>. A utilização do fluxograma descritor ilustrou os pontos de insatisfação dos usuários ao buscar seu cuidado nas unidades de atenção primária à saúde, denotando a necessidade de maior organização do processo de trabalho. Demonstrou, ainda, a importância de adequar o serviço de saúde para atender às demandas dos usuários, aumentando a eficiência do

atendimento fornecido. Neste sentido, aponta-se a relevância de investigar o processo de trabalho para verificar como se desenvolve o trabalho em equipe, base para a organização dos serviços, o que pode minimizar a divisão do processo de trabalho e superar a inércia e a burocracia existentes<sup>(16,21,22)</sup>.

### **Limitações do estudo**

Quanto às limitações do estudo, consideram-se aquelas referentes às pesquisas qualitativas em saúde, tendo um número reduzido de observações e informações que se aplicam a um dado contexto. Logo, a generalização dos resultados deve ser cautelosa.

### **Contribuições para área da política pública**

Este estudo exploratório permitiu levantar questões empíricas que foram sistematizadas e problematizadas em uma unidade de Saúde da Família de um grande centro urbano que apresenta atendimento sistemático de portadores de doenças crônicas. O estudo também possibilitou comparar a percepção dos usuários e profissionais quanto à organização do serviço e às tensões encontradas, pois procurou explorar processos e atividades do cotidiano das equipes, olhando seu contexto como um todo, dando voz a profissionais e usuários e comparando tais percepções.

O uso do fluxograma também serve como modelo a ser utilizado dentro de cenários de cuidados, permitindo mapear atividades e evidenciando as tensões dos serviços. Além disso, esta texto contribui para reflexão da prática dos profissionais de saúde que estão inseridos dentro da Saúde da Família como forma de organizar o processo de trabalho buscando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os pontos de tensão encontrados no fluxo percorrido pelos usuários deste estudo apresentam um reflexo dos problemas encontrados no serviço de saúde. Tal fato configura uma lacuna no sistema em proporcionar equilíbrio entre demanda, acesso e recursos.

Esses resultados sinalizam a necessidade de adequar o número de cadastrados por equipe de acordo com as vulnerabilidades sociais da população, buscando proporcionar maior infraestrutura para atender os usuários no âmbito da saúde da família. Assim, considera-se que este artigo evidencia a necessidade de aprimorar a assistência, de modo a aumentar a qualidade do serviço nesse nível de atenção e aumentar a satisfação dos usuários.

A análise do percurso realizado por meio do fluxograma descritor caracteriza-se por uma ferramenta que auxilia na análise do processo de trabalho e permite evidenciar os pontos de tensão.

Essa tecnologia ajuda a identificar e ilustrar os problemas encontrados no percurso dos usuários, podendo ser utilizada como uma ferramenta na gestão e no planejamento das ações dentro da governabilidade de cada ator no sistema de saúde.

Considerando que os usuários portadores de doenças crônicas necessitam de atendimento contínuo e frequente nas unidades, é imperativo rever os pontos deficientes e adequá-los de forma a melhor atendê-los. Isso porque o sistema de saúde deve se preparar para absorver e acompanhar esse grupo de usuários que se apresenta em crescimento, de acordo com o atual perfil epidemiológico do país. As autoras relatam não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria n. 2436. Política Nacional de Atenção Básica. 2017. [Internet]. [citado 2018 Dez 11]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
2. Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2018 [citado 2018 Jan 20]; 31(2):1-3. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf).
3. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. Physis. 2017 [citado 2019 Jan 13]; 27:1003-22. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/1003-1022/pt/>.
4. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery. 2011 [citado 2019 Jan 13]; 15(4):802-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200015&script=sci\\_abstract&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200015&script=sci_abstract&tling=pt).
5. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [citado 2018 Dez 11]; 28(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000200602&lng=pt&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200602&lng=pt&tling=pt).
6. Paiva DCP de, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 [citado 2018 Jan 20]; 22(2):377-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/15.pdf>.
7. Merhy EE, Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
9. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. 3. ed. New York: Sage Publications; 2009.
10. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 [citado 2019 Jan 14]; 15(1):161-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022).
11. Giovanella L, Mendonça M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
12. Duarte WBA, Falcão TML, Beltrão AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. *Saúde em Debate*. 2017 [citado 2018 Dez 10]; 41(115):1061-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1061.pdf>.
13. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2014 [citado 2019 Jan 14]; 16(1):161-9. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf>.
14. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*. 2014 [citado 2019 Jan 24]; 38(2):129-38. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155562/A01.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf).
15. Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF*. 2017 [citado 2018 Dez 05]; 22(1):87-98. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n1/2175-3563-pusf-22-01-00087.pdf>.
16. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007 [citado 2019 Jan 20]; 12(2):455-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>.
17. Brasil. Portaria de Consolidação Anexo I. Diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no SUS [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 11]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>.
18. Instituto Nacional de Câncer – Estimativa Brasil [Internet]. 2018 [citado 2018 Ago 23]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>.
19. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a

- multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 [citado 2019 Jan 24]; 327(7425):1219-21. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022).
20. Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, Kobrin S, Elwyn G. Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implement Sci*. 2018 [citado 2019 Jan 23]; 13(1):40. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-018-0731-z>.
21. Silva IS, Arantes CIS, Silva IS, Arantes CIS. Power relations in the family health team: focus on nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017 [citado 2019 Jan 10]; 70(3):580–7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000300580](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300580).
22. Sousa SM de, Bernardino E. Route assistance of users served in a teaching hospital under nursing managers perspective. *Rev Enferm UFPE on-line [Internet]*. 2016 [citado 2019 Mar 08]; 10(9):3203-11. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11399/13165>