

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

FLAVIA PEDRO DOS ANJOS SANTOS

JEQUIÉ/BA
2010

FLAVIA PEDRO DOS ANJOS SANTOS

**PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância à Saúde

ORIENTADORA: Prof^ª. DSc. Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ/BA
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

S235 Santos, Flavia Pedro dos Anjos.

Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial/ Flavia Pedro dos Anjos Santos. Jequié 2010.

169 f.: il.; 30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2010. Orientador Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery.

1. Programa de Saúde da família. 2. Cuidado. 3. Hipertensão.
I.Título.

CDD – 616.132

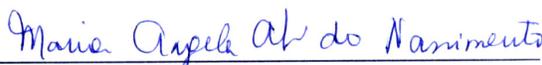
FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial**. 2010. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA



Profª. DSc. Adriana Alves Nery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profª. DSc. Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS



Profª. DSc. Silvia Matumoto
Universidade de São Paulo - USP

Jequié/BA, 10 de dezembro de 2010.

À minha mãe, **Floriza dos Anjos**, mulher vitoriosa, que na sua simplicidade sempre soube me ensinar o sentido da palavra amor. Obrigada pela felicidade de tê-la como mãe.

A meu pai, **Ozeas Pedro**, pelo amor e admiração dedicados à minha pessoa.

A meu esposo, **Idelfonso Francisco dos Santos Filho**, pela alegria de saber que sempre posso contar com seu amor e companheirismo. Sem você não conseguiria alcançar esta vitória.

Aos meus filhos, **Alexandre e Isabelle Maria**, pela certeza do amor puro, sincero e inabalável que existe entre nós. Vocês são a jóia mais preciosa que Deus me concedeu!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, fonte inesgotável de amor, força e coragem em minha vida. A Vós meu eterno amor.

Aos **professores do Curso de Mestrado do Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde** (PPGES-UESB), pela dedicação, empenho e conhecimentos partilhados com nossa turma.

À minha querida orientadora, **Profª DSc Adriana Alves Nery**, pela aprendizagem que sempre proporcionou à minha vida profissional, desde o curso de graduação em enfermagem. Que bom ter a oportunidade de caminhar contigo mais uma vez! Obrigada pela amizade, carinho e compreensão.

À **profª DSc Maria Ângela Alves do Nascimento**, pela valiosa contribuição na construção desse estudo durante a disciplina Estudos Independentes e na banca de qualificação.

À **Profª MSc Maristella Santos Nascimento**, pelo exemplo de sua vida profissional e pela disponibilidade em contribuir com este estudo desde a banca de pré-qualificação. Obrigada pelas palavras de incentivo e carinho.

À **Profª MSc Vanda Palmarella Rodrigues**, pelo compromisso e ética em sua trajetória profissional. Obrigada pela amizade, pelo incentivo na seleção do mestrado e pelo carinho dedicado aos meus filhos.

Aos **Profº MSc Jair Magalhães e Vilara Pires**, pela disponibilidade em compartilhar suas experiências e conhecimentos.

Aos colegas do mestrado, em especial a **Eliane Linhares e Fabrício Almeida**, pelas alegrias compartilhadas.

À amiga e colega de mestrado, **Patrícia Anjos**, por termos sonhado com esse mestrado e alcançado a vitória de ver nosso sonho se tornar realidade. Obrigada pela amizade!

Às minhas amigas e mestrandas **Liane Gomes e Roberta Laíse Moraes**, pela amizade, incentivo e apoio em minha trajetória no mestrado.

À minha amiga **Enf^a Linalva Oliveira**, pela alegria manifestada em cada vitória alcançada em minha vida.

Aos meus irmãos, em especial a **Paulo, Oziel e Zequinha**, pela ternura do amor construído desde a nossa infância.

Aos irmãos do Grupo de Oração Água Viva, em especial a **Cláudia, Franco, Norma, Soraya e Arcanja**, pelo zelo que têm com a minha vida espiritual. Vocês são presença de Deus em minha vida.

À **Márcia Moura**, pelo carinho e dedicação aos meus filhos nos momentos de minhas ausências.

À **Maria da Graças Pereira e Simone Oliveira**, pela formatação desse trabalho. Obrigada pelo apoio.

Ao **Sr. Anatólio Meira**, pela disponibilidade ao realizar a revisão ortográfica.

À **Secretaria Municipal de Saúde**, por ter autorizado a coleta de dados.

A todos os **profissionais de saúde, formuladores da política e usuários** que aceitaram participar deste estudo. Muito obrigada!

MÃOS DADAS

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

*Não serei o cantor de uma mulher, de uma história.
Não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou carta de suicida,
Não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente,
os homens presentes, a vida presente.*

(Poema da Obra Sentimento do mundo de Carlos Drummond de Andrade)

*Até os jovens se afadigam e cansam
e mesmo os guerreiros às vezes tropeçam!
Mas os que esperam no Senhor,
renovam suas forças,
criam asas como águia, correm e não se afadigam,
andam, andam e nunca se cansam.
(Isaías, 40, 30-31)*

RESUMO

Este estudo tem como objeto de investigação o processo de trabalho das equipes de saúde da família (ESF) na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial. Teve como objetivo geral analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial; e como específicos, descrever as atividades desenvolvidas pelas ESF junto a esses usuários e identificar os limites, avanços e perspectivas no desenvolvimento do processo de trabalho dessas equipes junto aos usuários com hipertensão arterial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental. O método de análise dos dados foi a Hermenêutica Dialética. Os sujeitos do estudo constituíram-se de quatro formuladores da política, quinze profissionais de saúde e seis usuários das ESF. Tem como campo de investigação o município de Jequié e o cenário do estudo foi constituído por oito Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas a partir dos critérios de inclusão. Os dados empíricos evidenciaram que a organização do processo de trabalho aos usuários com hipertensão arterial ocorre por meio de consultas previamente agendadas, realização de visitas domiciliares e atividades educativas. Também foi identificado a atuação do trabalho em equipe junto a esses usuários, principalmente os profissionais enfermeiro e agentes comunitários de saúde, que buscam utilizar o acolhimento e o estabelecimento de vínculo para potencializar suas ações na perspectiva do cuidado integral; contudo, alguns profissionais atuam com uma visão biologicista, que produz um cuidado dissociado da subjetividade e dos determinantes sociais da saúde, com ênfase no uso do medicamento. Os limites evidenciados foram o difícil acesso à USF e às consultas médicas, a falta de medicamento anti-hipertensivo, a dificuldade de marcação de exames complementares, a descontinuidade do tratamento devido a falta de profissionais especializados para que os usuários possam ser referenciados, a falta de envolvimento da família com o tratamento do usuário, a não adoção de hábitos saudáveis de vida, a ausência de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a falta de capacitações para os profissionais. Como avanço foi identificado o acesso ao medicamento; e como perspectivas a implantação do Programa Medicamento em Casa (Medcasa), a continuidade de ações educativas e de atividade física e a formação de grupos de idosos. Por tais razões, há a necessidade de incorporar a valorização das subjetividades e das condições de vida dos usuários tanto no processo de trabalho das ESF quanto na formulação de políticas, de modo a garantir um cuidado integral.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Cuidado; Hipertensão.

ABSTRACT

This study has as its research object the working process of family health teams (FHT) in the care provision to users with hypertension. It had as general objective analyzing the work process developed by FHT in the care provision to users with hypertension, and as specifics, describe the activities developed by the FHT together to these users and identify the limits, progress and perspectives in the development of the work process of these teams together to users with hypertension. This is a qualitative study, in which we used as data collection techniques the semi structured interviews, systematic observation and document analysis. The method of data analysis was the Hermeneutics Dialectics. The study subjects consisted of four policy makers, fifteen health professionals and six users of the FHT. It has as research field the city of Jequié and the setting was composed by eight Family Health Units (FHU) selected from the inclusion criteria. Empirical data showed that the organization of the work process to users with hypertension occurs through appointments previously scheduled, the conduction of home visits and educational activities. It was also identified the role of teamwork toward to these users, especially the professionals nurse and community health agents who seek to use the host and establishment of ties to enhance their actions from the perspective of comprehensive care, however, some professionals operate with a biological vision, which produces a care separated from the subjectivity and from the social determinants of health, with emphasis on the use of the drug. The shown limits were the difficult access to the FHU and to medical appointments, the lack of antihypertensive medication, the difficulty of scheduling complementary exams, the discontinuation of treatment due to the lack of skilled professionals so that users can be referenced, the lack of family involvement with the treatment of the user, not adoption of healthy habits of life, the absence of a Family Health Support Center (NASF) and the lack of training for practitioners. As advancements it was identified the access to medicine, and as perspectives, the implementation of the Drug in House Program (Medcasa), the continuity of educational and physical activity and the formation of elderly groups. For these reasons, there is the need to incorporate the valuation of subjectivities and the living conditions of users both in the work process of the FHT and in the policies formulation, to ensure a comprehensive care.

Keywords: Family Health Program; Care; Hypertension.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação das USF e número de ESF do PSF de Jequié-BA.	56
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.	58
Quadro 3 - Caracterização dos usuários, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.	59
Quadro 4 - Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo I - Formuladores da Política. Jequié-BA, 2010.	63
Quadro 5 - Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo II – Profissionais de saúde das USF. Jequié-BA, 2010.	64
Quadro 6 - Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo III – Usuários das USF. Jequié-BA, 2010.	64

LISTA DE SIGLAS

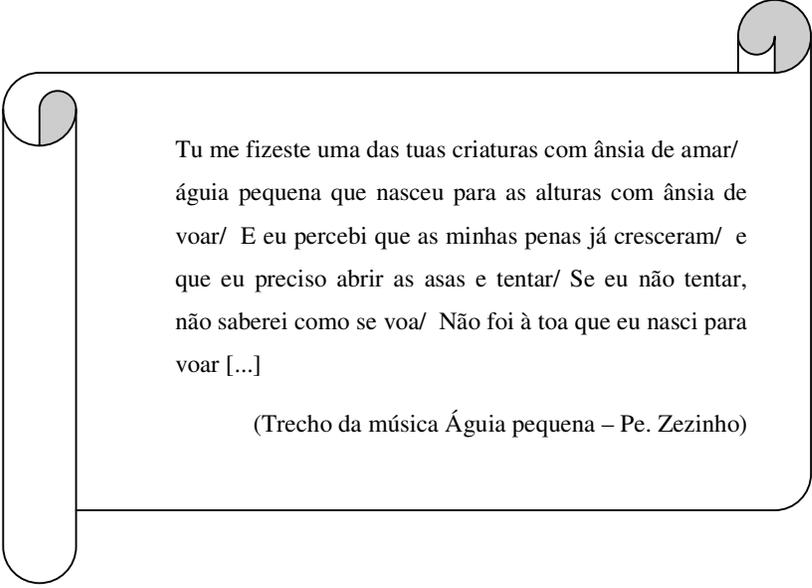
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial álcool e drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MEDCASA	Programa Medicamento em Casa
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUPREJ	Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
RCR	Referência e Contra-Referência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	14
CAPÍTULO II	
REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES	27
2.2 PROCESSO DE TRABALHO DAS ESF: CAMINHOS PARA (RE) CONSTRUIR MODOS MAIS EFETIVOS DE PRODUZIR O CUIDADO	37
CAPÍTULO III	
PERCURSO METODOLÓGICO	53
3.1 TIPO DE ESTUDO	54
3.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO	54
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	57
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	61
CAPÍTULO IV	
PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	66
4.1 CATEGORIA 1 – PROCESSO DE TRABALHO DAS ESF NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	67
4.2 CATEGORIA 2 – AS INTERFACES DO PROCESSO DE TRABALHO NO PSF: AVANÇOS, LIMITES E PERSPECTIVAS	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICES	161
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista semi-estruturada. Grupo 01: Formuladores da Política	163
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista semi-estruturada. Grupo 02: Profissionais da Equipe de Saúde da Família	164
APÊNDICE D – Roteiro para Entrevista semi-estruturada. Grupo 03: Usuários	165
APÊNDICE E – Roteiro de Observação sistemática	166
ANEXOS	167
ANEXO A – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa	168
ANEXO B – Ofício à Secretaria Municipal de saúde de Jequié	169

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO



Tu me fizeste uma das tuas criaturas com ânsia de amar/
águia pequena que nasceu para as alturas com ânsia de
voar/ E eu percebi que as minhas penas já cresceram/ e
que eu preciso abrir as asas e tentar/ Se eu não tentar,
não saberei como se voa/ Não foi à toa que eu nasci para
voar [...]

(Trecho da música Águia pequena – Pe. Zezinho)

As experiências que acontecem no cotidiano das Unidades de Saúde trazem consigo vivências que nos fazem pensar e (re) pensar as interfaces que permeiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, o interesse em estudar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) na produção do cuidado aos usuários com hipertensão emergiu da nossa trajetória profissional como enfermeira assistencial e docente, na qual as situações vivenciadas nos impulsionaram a refletir sobre os problemas que interferem na produção do cuidado desses usuários.

A primeira experiência profissional que destacamos foi no ano de 2001, quando tivemos oportunidade de atuar como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família (USF), onde atendíamos a todos os grupos populacionais preconizados pelo Ministério da Saúde, inclusive as pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial.

No cotidiano de nossas ações, buscávamos estimular a co-responsabilização dos usuários no cuidado implementado pela equipe, tanto nas consultas individuais como nas visitas domiciliares e atividades de grupo, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis. Realizávamos também momentos de interação entre profissionais de saúde, usuários e família, buscando valorizar o diálogo entre os diferentes saberes que interagem no cuidado e autocuidado desses usuários, atentando para suas reflexões sobre crenças, comportamentos, convivência familiar, entre outros.

Outra experiência profissional que contribuiu para o delineamento desse estudo foi nossa atuação como docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, na qual fizemos opção pela área de Saúde Coletiva, prestando seleção pública em outubro de 2001, para a disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva III, e em 2005, após ter sido aprovada em concurso público, passamos a integrar o quadro permanente de docentes da UESB, com atuação na disciplina Estágio Curricular Supervisionado I do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, que apresenta como eixo norteador o estágio nas USF, desenvolvendo ações gerenciais, educativas e assistenciais aos núcleos familiares de suas áreas de abrangência.

Embora o Programa de Saúde da Família (PSF)¹ se proponha substituir o modelo tradicional de assistência por meio de práticas de promoção e prevenção desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, tendo como núcleo central a família, durante as atividades do estágio foi possível perceber que as ações desenvolvidas pelas ESF não conseguiam contemplar os núcleos familiares de modo a envolver os membros da família no cuidado realizado com o familiar que apresentava o diagnóstico de hipertensão arterial, o que propiciava a fragmentação das ações e criava obstáculos para uma intervenção centrada nas necessidades de saúde² dos usuários, em que o envolvimento familiar se constitui um elemento facilitador no processo de conviver com essa doença (CONTIERO et al., 2009).

Também nas atividades de estágio tivemos a oportunidade de supervisionar e realizar ações voltadas para o acompanhamento e controle no tratamento das pessoas com hipertensão arterial, entre as quais destacamos: consultas de enfermagem, visitas domiciliares, realização de atividades educativas (feira de saúde, sala de espera, oficinas e discussões), de rastreamento (aferição da pressão arterial dos usuários durante as atividades educativas), o que proporcionou aprendizado teórico-prático, bem como propiciou reflexões sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais a esses usuários. Além disso, essas atividades nos permitiram observar que alguns profissionais apresentavam um cuidado centrado no profissional médico e/ou em procedimentos, com pouca ênfase nas necessidades de saúde referidas pelos usuários.

Esses aspectos, que permeiam o processo de trabalho dos profissionais das ESF, nos levaram a participar como sujeito ativo e pró-ativo do Projeto de Pesquisa intitulado “Perfil dos portadores de hipertensão arterial e sua adesão ao tratamento nas Unidades de Saúde da Família no município de Jequié-Bahia”, de agosto de 2007 a agosto de 2010, que representou experiência singular no interesse em desenvolver esse estudo, bem como possibilitou conhecer o perfil dos usuários com hipertensão e sua

¹ Utilizamos a nomenclatura PSF em virtude de que as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no campo do estudo estão fortemente relacionadas às ações programáticas.

² **Necessidades de Saúde:** está relacionada com a maneira como se vivem, condições de vida; necessidade ao acesso a toda tecnologia capaz de prolongar a vida; necessidade de criação de vínculo entre o trabalhador de saúde e usuários (CECÍLIO, 2001).

adesão ao tratamento em relação ao uso da medicação, dieta alimentar e exercício físico.

Dos resultados obtidos com esse Projeto de Pesquisa, destacamos que o estudo do perfil dos usuários com hipertensão cadastrados nas USF revelou que a maioria é do sexo feminino, com renda mensal menor ou igual a um salário mínimo, com vida sedentária, e, embora façam uso da medicação anti-hipertensiva, não apresentaram os níveis pressóricos dentro do padrão de normalidade, ou seja, menor que 140X90mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Também foi evidenciado que alguns usuários encontram obstáculos para a adesão ao tratamento, nos quais destacamos o fator econômico, resistência ao tratamento, falta de orientação da equipe de saúde, limitação física e uso de chás aliados à crença religiosa.

Diante do exposto, fomos impulsionados a refletir sobre as interfaces do conflito e das contradições que perpassam o processo de trabalho das ESF, a partir de uma visão crítica e do desejo de um novo modo de construir o cuidado, no qual deve ser embasado na atenção ao usuário e às suas necessidades de saúde, por meio da valorização de elementos essenciais que envolvem o cuidado como estabelecimento de vínculo, escuta sensível, acolhimento e co-responsabilização, no sentido de delinear ações que fortaleçam o vínculo entre profissionais de saúde, usuário e família, bem como potencializem o caráter cidadão dos usuários.

Para Ayres (2006, p. 50), “não será possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma desconfortável estabilidade acrítica os critérios biomédicos que tomamos para avaliar e validar as ações de saúde”. Isto nos aponta para a importância de ações de saúde que denotem o reconhecimento da centralidade do usuário como sujeito social e histórico, que não se restringe a um corpo biológico, mas como protagonista de sua história, dotado de potencialidades para construir novas formas de conduzir sua vida.

Segundo Marx (1983), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, no qual a ação do homem transforma a natureza e a partir de sua atuação no mundo

exterior modifica sua própria natureza, contudo não se trata de formas instintivas de trabalho, pois a diferença entre o trabalho do homem e dos outros animais está no resultado que sempre existiu no pensamento do homem antes mesmo de iniciar sua construção.

Portanto, a atuação dos profissionais de saúde pressupõe uma intervenção que impulse transformação da realidade vivenciada, mas ao mesmo tempo suscita mudanças no profissional, uma vez que sua intervenção no contexto em que atua não o isenta de ser transformado.

Com seu trabalho, o homem tem a capacidade de visualizar o resultado que espera alcançar antes mesmo de concluí-lo, o que torna o seu trabalho diferente do trabalho dos outros animais e aponta para sua capacidade de agir no mundo com potencial transformador das práticas sociais.

Assim, o processo de trabalho é entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo, como sujeitos, profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Por conseguinte, deve impulsionar mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva à consolidação de ações que efetivem os princípios do SUS e assegurem o cuidado integral e humanizado aos usuários.

Portanto, o processo de trabalho das ESF junto aos usuários com hipertensão arterial deve vislumbrar uma assistência integral que proporcione a coresponsabilização dos mesmos, e de sua família, para a superação de práticas de saúde fragmentadas, embasadas em procedimentos, equipamentos e reprodução de normas pré-estabelecidas, que muitas vezes não atendem as necessidades de saúde dos usuários.

Para tanto, há de se vislumbrar formas diferentes de se pensar, planejar e fazer as ações de saúde, de modo a fortalecer a autonomia do usuário em relação à organização e produção dos serviços que lhes são direcionados, o que implica de forma decisiva em um constante repensar dos profissionais sobre sua postura e conduta frente as diversas situações que surgem no cotidiano das Unidades de Saúde.

Para Mishima et al. (2009), o processo de trabalho tem como foco principal a produção do cuidado, com ênfase na mobilização dos atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes. Tais atributos podem contribuir para que os profissionais de saúde compreendam a complexidade do seu objeto de trabalho, que não se restringe ao biológico, mas perpassa pela subjetividade inerente a um ser historicamente construído e em constante construção, em virtude de seus valores, cultura, experiências de vida, entre outros, o que implica na necessidade de vários olhares para a produção de um cuidado condizente com a realidade do usuário.

Nessa perspectiva, o processo de trabalho desenvolvido pelas ESF intenciona a realização de processos relacionais por meio de práticas de intervenção interdisciplinar, produzida por todos os profissionais que compõem a equipe, na busca por novas formas de se produzir o cuidado aos usuários (MERHY, 2002).

Ressaltamos que, ao pensar no processo de trabalho, nos reportamos à importância de se conhecer a realidade que se descortina no cotidiano da área de abrangência da USF. Dessa forma, o PSF utiliza-se em sua cartografia do espaço territorial na delimitação de sua responsabilização por determinado número de usuários, além de agregarem os conhecimentos do campo da epidemiologia para direcionar suas práticas (FRANCO; MERHY, 2007).

Para que isso ocorra, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde assumam uma postura capaz de acolher e escutar cada usuário, atentando para as subjetividades que permeiam esse processo, no intuito de suscitar um clima de confiança e respeito mútuo, propulsor de uma interação entre equipe de saúde, família e comunidade suficientemente sólida para que cada encontro entre o profissional e o usuário se torne uma oportunidade de construir modos saudáveis de vida e de transformação social.

A existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a co-responsabilização dos usuários e família no cuidado a saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005). A primeira ação a ser desenvolvida ao usuário deve perpassar pela escuta sensível de suas necessidades de saúde aliada ao acolhimento, visando concretizar uma atenção integral aos usuários,

em seu contexto familiar e comunitário.

A nosso pensar, a atuação dos profissionais de saúde deve envolver o contexto familiar e comunitário no qual o usuário está inserido no intuito de compartilhar saberes e práticas que interferem no processo de conviver com a hipertensão arterial, uma vez que mudanças no estilo de vida podem influenciar todos os membros da família.

Os profissionais de saúde devem estimular os usuários e família a expressarem suas inquietações, dúvidas, temores e expectativas, no intuito de suscitar uma participação ativa no processo de vivenciar essa doença, a partir de uma conduta profissional permeada pela tecnologia das relações.

Nesse sentido, torna-se imprescindível à produção do cuidado o comprometimento com a defesa da vida sob a ótica dos direitos sociais plenos, a partir de tecnologias de saúde e da construção de processos mais voltados para os usuários (FRANCO; MERHY, 2007). Assim, os profissionais de saúde devem buscar a integração com todos os membros da equipe de saúde, para que haja a troca de conhecimentos, utilizando tecnologias de acordo com as necessidades de saúde da população.

As tecnologias em saúde se constituem em leves, que são as tecnologias das relações, como práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, escuta sensível; leves-duras, que estão relacionadas aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e as duras que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

Acreditamos que todas as tecnologias em saúde são importantes para o processo de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente se articuladas com a finalidade de atender às necessidades de saúde dos usuários. As tecnologias leves, todavia, possuem potencial para tornar as ações de saúde mais acolhedoras, ágeis e resolutivas, a partir do estabelecimento de uma relação de confiança, respeito e compromisso entre os sujeitos, na perspectiva de novos modos de produção em saúde, com maior possibilidade de enfrentamento das diversas situações de saúde.

Em relação ao cuidado produzido pelas ESF aos usuários com hipertensão, observamos que nem sempre retrata a valorização do uso dessas tecnologias, sendo

marcante a utilização das tecnologias leve-duras e duras, que na maioria das vezes não têm significado diminuição da prevalência da hipertensão e melhoria da qualidade de vida dos usuários (ALMEIDA; FERREIRA, 2009).

A partir do momento em que os profissionais de saúde buscam integrar as tecnologias em saúde de forma racional e adequada, há a criação da possibilidade de atender as necessidades de saúde da população e de fortalecer o trabalho em equipe, levando-nos a acreditar que os agentes do processo de trabalho em saúde estarão impulsionando a autonomização do sujeito e o estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e família e, por conseguinte, ampliará as possibilidades de um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades de saúde.

Ao fazer uso das tecnologias leves com ênfase na escuta sensível, os profissionais de saúde poderão contribuir para a redução dos prejuízos físicos, emocionais e sociais ocasionados pela hipertensão, pois o cuidado não se limita apenas aos aspectos biológicos, mas também à experiência de vida e às subjetividades, a partir da valorização dos sentimentos e das emoções explicitadas pelas pessoas que a vivenciam (PIRES; MUSSI, 2008).

A equipe do PSF traz, em sua composição, a presença do médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que se responsabilizam por um número delimitado de famílias e em suas ações devem buscar legitimar-se como referência para os usuários, por meio do estabelecimento do vínculo e da co-responsabilização no cuidado produzido. Sua atuação poderá contribuir com o compartilhamento de saberes, reflexões e práticas que propiciam a superação de práticas reducionistas, fragmentadas, possibilitando uma melhor compreensão dos fatores que permeiam o processo saúde-doença.

Entretanto, se o cuidado produzido por essa equipe não for embasado no compromisso com os usuários, algumas contradições poderão ser encontradas entre o que se busca e o que se encontra nas Unidades de Saúde, gerando o não atendimento das necessidades de saúde dos usuários. Desse modo, sua intervenção deve ser permeada pelas tecnologias em saúde, sobretudo pelas tecnologias leves, que ao serem valorizadas por todos profissionais representarão a possibilidade de se construir de forma coletiva um fazer saúde centrado no usuário.

Sendo assim, corroboramos com Franco e Merhy (2007) ao afirmarem que se não houver a ruptura com a dinâmica médico/procedimento centrado, não se pode assegurar que o PSF irá interferir de modo amplo nos fazeres cotidiano de cada profissional que compõe a equipe.

A implantação do PSF por si só não assegura mudanças nos modos de produção desse cuidado, sendo fundamental a interação entre usuários e os diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho, a partir da construção coletiva do planejamento das ações, de modo que ocorra o acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e o incentivo do envolvimento da família e dos diferentes segmentos sociais que estão direta ou indiretamente ligados ao tratamento da hipertensão, na perspectiva de aproximar-se da sua realidade cotidiana para intervir de forma adequada e efetiva.

Contudo, a mudança na forma de se pensar e fazer saúde requer um novo modo de se estabelecer as relações, troca de saberes e experiências práticas (ASSIS et al., 2010). Essa mudança incide diretamente na valorização da singularidade e subjetividade de cada sujeito envolvido em um processo comum de trabalho, seja profissional ou usuário, no intuito de buscar possibilidades viáveis de intervir na saúde da população.

O Ministério da Saúde, ao eleger o PSF como estratégico e prioritário para a organização da atenção básica, nos leva a refletir sobre a incorporação de tecnologias capazes de impulsionar a consolidação dos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, que são orientadores da atenção básica e conseqüentemente da produção de um cuidado usuário centrado, com perspectivas de mudanças significativas no ato de cuidar frente aos novos desafios ocasionados pelas mudanças nos padrões das doenças (BRASIL, 2006a).

Para Malta et al. (2006), o cenário epidemiológico brasileiro é complexo, sendo observado o aumento da expectativa de vida da população, o que leva a uma maior expressividade das doenças crônicas no Brasil e no mundo.

Atualmente a hipertensão arterial tem se configurado em um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, pois tem elevado a

morbimortalidade geral da população, principalmente na idade adulta, o que acentua os casos de morte por doenças cardiovasculares. De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças do coração e dos vasos constituem no Brasil a primeira causa de morte, (27,4%), sendo mais comum que as doenças infecciosas e parasitárias, além de causarem sequelas e serem responsáveis por 40% das aposentadorias precoces, o que configura um dos mais importantes fatores de incapacidade nas populações adultas (BRASIL, 2002a).

O município de Jequié possui 26 equipes de Saúde da Família que desenvolvem ações voltadas para a prevenção e acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial (CNES, 2010). O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) estima em 22.068 o número das pessoas com hipertensão arterial no município de Jequié, entretanto, apenas 7.702 estão cadastrados, conforme dados do DATASUS (BRASIL, 2010c).

Pelo exposto, a estimativa para o município de Jequié aponta um número elevado de pessoas que não estão sendo acompanhadas pelas unidades de saúde, o que representa um risco à sua saúde, fato que suscita ações que possam vincular essas pessoas às unidades de saúde.

O Hiperdia tem a finalidade de conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico dos usuários com hipertensão e diabetes, constituindo-se em um banco de dados que registra as ações prestadas a esses usuários (GIOROTTO; ANDRADE; CABRERA, 2010).

Essas informações se configuram importante ferramenta epidemiológica, possuindo potencial para o planejamento, gestão, prestação e avaliação das ações direcionadas aos usuários, o que impulsiona o processo de informação-decisão-ação.

A falta de alimentação adequada e contínua do Hiperdia pode dificultar a utilização dos dados como ferramenta de apoio em diversas atividades administrativas/gerenciais ou assistenciais, além do monitoramento, avaliação, planejamento e gestão das ações dos serviços de saúde implementados junto aos usuários com hipertensão. Também pode evidenciar a necessidade de treinamento específico para os profissionais envolvidos diretamente com o cadastramento e alimentação deste Sistema.

A produção do cuidado aos usuários com hipertensão exige ações de promoção e prevenção, o que reflete na necessidade de acompanhamento sistemático destes usuários, com base na cobertura das fontes de informação da atenção básica, na completude das informações registradas e na confiabilidade dos dados (GIOROTTO; ANDRADE; CABRERA, 2010). O não registro das informações traz prejuízos ao acompanhamento e implementação de estratégias que poderiam ser realizadas a partir do conhecimento fidedigno do panorama epidemiológico desta população.

Para Almeida e Ferreira (2009), há a necessidade de estudos que analisem a produção do cuidado realizado pela ESF junto aos usuários com hipertensão. Assim, com o propósito de contribuir na produção de novos conhecimentos sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas ESF a esses usuários, as questões que norteiam este estudo são as seguintes:

- ↪ Como se desenvolve o processo de trabalho das ESF aos usuários com hipertensão arterial do município de Jequié-BA?
- ↪ Quais os limites, avanços e perspectivas encontrados pelas ESF no desenvolvimento do processo de trabalho junto aos usuários com hipertensão arterial no município de Jequié-BA?

Para tanto, traçamos como objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESF aos usuários com hipertensão arterial do município de Jequié-BA.

Objetivos Específicos:

- Descrever as atividades desenvolvidas pelas ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial do município de Jequié-BA.
- Identificar os limites, avanços e perspectivas encontrados pelas ESF no desenvolvimento do processo de trabalho junto aos usuários com hipertensão arterial do município de Jequié-BA.

Acreditamos que, por meio da realização deste estudo, poderemos contribuir com a formação dos acadêmicos da área de saúde, a partir da construção de novos conhecimentos sobre as práticas de saúde voltadas aos usuários com hipertensão arterial.

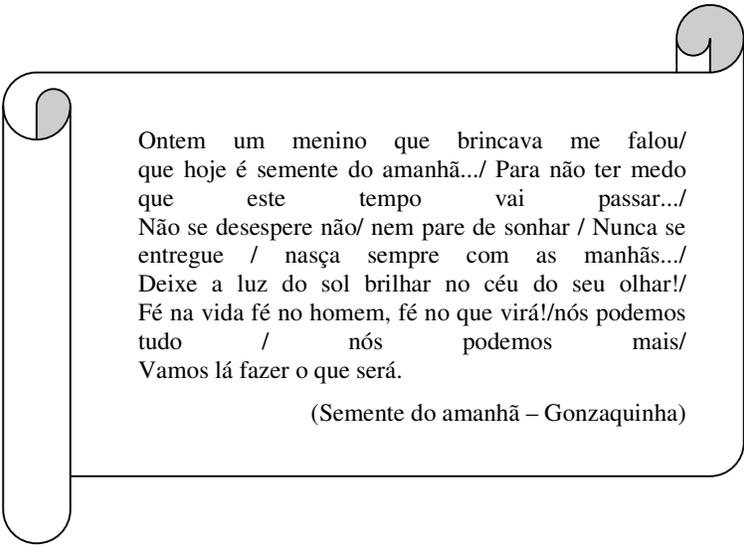
Poderá contribuir, também, para suscitar um novo olhar dos profissionais de saúde a respeito da produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, fornecendo-lhes subsídios para que reflitam sobre a organização do seu processo de trabalho, em busca da melhoria da situação de saúde destes usuários, tendo em vista a promoção e prevenção da saúde e da redução das complicações decorrentes da hipertensão arterial.

No intuito de propiciar sustentação para o objeto que nos propomos a estudar, elaboramos o seguinte pressuposto teórico:

↳ A produção do cuidado das ESF aos usuários com hipertensão arterial está voltada à padronização de condutas, em geral médico centrado, com valorização do uso do medicamento, em detrimento dos determinantes sociais da saúde e da subjetividade do sujeito com ênfase na visão biologicista. Entretanto, alguns profissionais das ESF utilizam as tecnologias leves com ênfase no dispositivo acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo e buscam novas formas de se produzir o cuidado à saúde a esses usuários.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO



Ontem um menino que brincava me falou/
que hoje é semente do amanhã.../ Para não ter medo
que este tempo vai passar.../
Não se desespere não/ nem pare de sonhar / Nunca se
entregue / nasça sempre com as manhãs.../
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar!/
Fé na vida fé no homem, fé no que virá!/ nós podemos
tudo / nós podemos mais/
Vamos lá fazer o que será.

(Semente do amanhã – Gonzaquinha)

Para desenvolver esta pesquisa, cujo objeto de estudo é o **processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial no município de Jequié/BA**, tomamos como base teórica os modelos de atenção no Brasil com ênfase no Programa Saúde da Família e no Processo de Trabalho das ESF, na perspectiva de trilhar caminhos que possam contribuir para a construção de novos modos de produção do cuidado permeado pela subjetividade para um novo agir e pensar em saúde.

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES

A história da saúde no Brasil foi marcada pelo movimento sanitário que trouxe à discussão a luta pela defesa de uma política de saúde abrangente e acessível a todos os cidadãos, por meio de uma atuação marcante na formação do sistema de saúde brasileiro que enfrentou conjuntamente o Estado e o poder econômico, ao incorporar a noção de cidadania enquanto conquista de direitos civis, políticos e sociais.

Lembramos que, no final da década de 1970, ocorreram discussões sobre os princípios de democratização e universalização da assistência à saúde, com o surgimento de várias propostas de reordenamento do sistema de saúde no país.

Neste contexto, a sociedade brasileira começou a organizar-se em prol de mudanças no cenário político, civil e social. Assim, ocorreu a mobilização com ampla participação da sociedade civil organizada, que resultou no movimento da reforma sanitária no Brasil.

Este movimento foi impulsionado pelo compromisso de denunciar as condições de desigualdades e injustiças sociais vivenciadas pela população brasileira, e apontou para a relação destas com a organização dos serviços de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 deliberou os princípios estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS), inseridos nos preceitos da Constituição Federal de 1988, e regulamentados posteriormente por leis, decretos, resoluções e normas.

A regulamentação do SUS se deu através das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080 e 8.142³, aprovadas em 1990 e estabeleceram princípios que direcionam a implantação de um modelo de atenção que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990 a, b).

Nesse sentido, os princípios e diretrizes do SUS exigiram a elaboração de propostas de modelos assistenciais que valorizassem as ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, em resposta aos modelos hegemônicos vigentes no país que notadamente demonstraram sua ineficiência em atender às necessidades de saúde da população brasileira.

Para Campos (1989, p. 53), o modelo assistencial se constituiu no “modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

Este mesmo autor afirma que no Brasil existem vários modelos assistenciais, mas considera que os mais significativos e presentes são o modelo Liberal-Privatista, o modelo Racionalizador/Reformista e o Sistema Único de Saúde.

No modelo Liberal-Privatista, os serviços não são constituídos em função das necessidades de saúde, mas a partir da existência de um mercado, no qual os usuários sempre têm que pagar diretamente pela assistência. Com isso, investe-se quando há possibilidade de lucro e naqueles serviços que vislumbram retorno financeiro mais rápido (CAMPOS, 1989).

No contexto brasileiro este modelo só conseguiu expandir-se após intervenção do Estado para universalizar a assistência médico-hospitalar a partir do financiamento e compra de serviços do setor privado; dessa forma, reafirmava a desigualdade de

³ A primeira destaca a descentralização dos serviços para os municípios, a reorganização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Reafirma como atribuição do município a direção municipal do Sistema Único de Saúde e execução dos serviços, ficando a União e os Estados responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação; a segunda resgata os mecanismos institucionais de controle social, vetados na lei 8080; incorpora a concepção de que a gestão do SUS é democrata através da instituição de instâncias colegiadas (Conferências e os Conselhos de Saúde) em todos os níveis de governo. Estabelece pré-requisitos legais para a descentralização da saúde. Institui o Conselho Municipal de Saúde em três níveis de governo de caráter permanente e deliberativo, garantindo a participação da sociedade organizada. Enquanto órgão colegiado composto de forma paritária por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990a,b).

acesso dos consumidores aos serviços de saúde, a ênfase nas especialidades médicas, no atendimento individual, curativo e centrado em procedimentos. Para os brasileiros que não estavam inseridos no mercado formal, o Estado desenvolvia ações de saúde pública por meio de campanhas sanitárias e controle de endemias, da mortalidade infantil ou materna em Centros de Saúde (CAMPOS, 1989).

Percebemos que a influência deste modelo, de modo geral, perdura até os dias atuais, incorporado na sociedade, e tem visibilidade na prática dos profissionais de saúde, que valorizam o conhecimento do profissional médico em detrimento do conhecimento dos demais profissionais, o que torna o cuidado individual, curativo e descontextualizado dos determinantes sociais em saúde (DSS), além de não considerar as subjetividades que devem ser estabelecidas na produção do cuidado.

O modelo Racionalizador/Reformista desenvolveu-se como uma forma de corrigir as principais distorções da prática liberal, mas sem pretensão de erradicar a medicina de mercado, a exemplo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), e ampliaram a capacidade do Estado de produzir serviços na área de saúde pública, hospitalar e ambulatorial, serviram como contraprojeto ao modelo liberal (CAMPOS, 1989).

Por sua vez, o SUS se constitui em projeto a ser construído cotidianamente, e a saúde passa a ter a conotação de direito, o mercado não seria mais o principal critério de organização e distribuição de serviços, sendo consideradas as necessidades de saúde dos usuários. O atendimento deve ser universal, gratuito e organizado, hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado. Tal modelo exige uma ampla rede básica que garanta, junto aos serviços de pronto-socorro, o primeiro atendimento às pessoas (CAMPOS, 1989).

Nesse sentido, devemos levar em consideração que os modelos assistenciais no Brasil estão relacionados com as forças contraditórias existentes na sociedade, que são provenientes de interesses econômicos, sociais, políticos e estruturais.

Tais contradições são observadas entre distintos grupos sociais (população, profissionais de saúde, indústria farmacêutica, entre outros) que deveriam encontrar no Estado o caráter de organizar, junto à população, os serviços de saúde, no intuito de satisfazer as necessidades de saúde da população. Entretanto, o Estado tem

demonstrado que mudanças no cenário político têm a capacidade de gerar alterações nas políticas de saúde que parecem atender aos grupos hegemônicos em função de diferentes situações econômicas, sociais e políticas (FRANCO; MERHY, 2007).

Apesar dos inegáveis avanços na política de saúde brasileira, ainda percebemos a utilização de várias modalidades assistenciais (trabalho assalariado, empresas, ação estatal, entre outros), que assegura a reprodução de uma forma mercantilista das práticas de saúde articuladas por interesses empresariais com os de amplas parcelas de profissionais de saúde, particularmente os médicos, que contribuem com uma hegemonia denominada de produção neoliberal, na qual o Estado atua como suporte econômico-financeiro para sua consolidação, uma vez que as bases sob as quais se desenvolvem a ideologia e os projetos neoliberais residem na própria estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro (CAMPOS, 1992).

Nesse contexto, o caráter ambíguo do Estado em atender aos diferentes interesses de distintos grupos sociais, impulsionou o desenvolvimento de projetos e ações contra hegemônicos que possibilitassem condições para a implementação de modelos assistenciais que conseguissem superar as lacunas existentes entre a produção do cuidado e as necessidades de saúde da população, entre eles podemos destacar o Modelo em Defesa da Vida, a Ação Programática em Saúde e o Programa Saúde da Família; este último tem sua matriz teórica consubstanciada no modelo de Vigilância à Saúde, entre outros.

Partindo do princípio de que um modelo por si só não consegue dar conta de responder às diferentes necessidades de saúde da população, em função das diversidades culturais, sociais e econômicas existentes no país, é evidenciada a importância de se implementar modelos que possam atender as especificidades de cada município.

O modelo em Defesa da Vida surgiu em Campinas, no final da década de 1980, defendida por um grupo de profissionais engajados no movimento da reforma sanitária fundamentada nos princípios da gestão democrática, da saúde como direito de cidadania, e do serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A Ação Programática em Saúde é um modelo que tem como principais características a organização do processo de trabalho a partir de programas definidos por ciclos de vida ou por doenças especiais, padronização de fluxogramas de atividades que podem ser eventuais de acordo com a demanda espontânea ou atividades de rotina para demanda organizada, entre outros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O modelo assistencial Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 1994, entretanto a primeira etapa de sua implantação foi iniciada em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2001).

O PSF tem como objetivo reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com a atenção centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social, com o intuito de possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da intervenção que não se restrinja a práticas curativas (BRASIL, 2001).

No que se refere à organização do processo de trabalho das ESF, esta é fundamentada na lógica de programas de saúde por meio de ações que seguem um cronograma elaborado pela equipe de modo a atender uma dada população, o que pode configurar uma organização que não consiga contemplar situações que estejam fora da programação da equipe.

Assim, a programação das ações do PSF prioriza alguns grupos populacionais e entre estes estão os usuários com diagnóstico de hipertensão arterial.

Nesse sentido, no ano de 2002, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de assegurar o acompanhamento e tratamento sistemático aos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, a partir da reorganização dos serviços e de capacitação dos profissionais (BRASIL, 2002a).

Esse Plano apresenta orientações sobre os procedimentos a serem realizados em cada consulta, nos exames a serem solicitados, nas orientações sobre o tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, ações de prevenção, entre outros (BRASIL, 2002a).

Para Andrade e Franco (2009), as ESF, ao organizarem o processo de trabalho mediante a programação das suas atividades, fortalecem a ideia de que se deve trabalhar com base na prevenção e promoção com atendimentos programados, previamente agendados.

Embora tenha sido atribuído ao PSF o objetivo de promover mudanças estruturais que mudasse a lógica da assistência à saúde, com ênfase na prevenção de doenças, promoção da saúde, voltado para a família e a comunidade, a programação das atividades demonstra uma limitação para o alcance desse objetivo, por não conseguir contemplar situações que são vivenciadas no cotidiano, que podem gerar adoecimento e necessitar de uma intervenção que não pode ser enquadrada no cronograma.

Assim, torna-se importante que os profissionais que atuam nas ESF busquem ter uma visão ampliada do processo saúde-doença, a fim de considerar os DSS e a subjetividade existente em cada usuário que procura a Unidade de Saúde.

Embora se reconheça a importância de implantação de modelos alternativos, o Ministério da Saúde não habilita o acesso de recursos a municípios que desenvolvem modelos similares ao PSF, o que dificulta a sua implementação. Em contrapartida, ao regulamentar a estrutura de funcionamento do PSF, bem como a função de cada profissional, sob a pena de perder o financiamento de recursos, caso as orientações ministeriais não sejam seguidas, demonstra o centralismo das políticas públicas no país (FRANCO; MERHY, 2007).

Tais aspectos apontam para uma predeterminação de ações verticalizadas que devem ser desenvolvidas pelos profissionais que atuam no PSF, o que pode ocasionar práticas que não atendem com fidedignidade às necessidades de saúde da população.

O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde, seu trabalho está restritamente centrado no território e sua normatização inspira-se nos cuidados oferecidos por meio de ações no ambiente, além de não valorizar muito a prática clínica e a abordagem individual como forma de assegurar a atenção singular. Apesar da importância e utilidade das estratégias de produção do cuidado embasadas no território-processo, é limitante considerar que este

conhecimento seja satisfatório para responder à complexidade dos problemas de saúde (FRANCO; MERHY, 2007).

No ano de 2006, a Política Nacional da Atenção Básica⁴ preconizada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 648/Gabinete do Ministério (GM), reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização deste nível de atenção no país, de caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, assume caráter substitutivo em relação à rede tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuam, por meio do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, com ênfase no planejamento e na programação realizados com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade, na perspectiva da construção de cidadania (BRASIL, 2006a).

Embora estas diretrizes orientem a atuação do PSF, acreditamos que também se configuram obstáculos a serem superados quanto à sua operacionalização no cotidiano de suas ações, partindo do princípio de que para conseguir efetivá-los urge a necessidade de uma estruturação funcional e resolutiva da Atenção Básica e de outros segmentos da sociedade que contribuam com as ações a serem desenvolvidas pelo PSF.

Embora o PSF tenha dispositivos para atuar junto aos usuários no território, é preciso que lhe seja assegurado o direito de adentrar a unidade de saúde sempre que apresentar necessidade de fazê-lo.

Para Starfield (2002), a organização de serviços de saúde, por nível de atenção de acordo com a complexidade dos serviços oferecidos, deve levar em consideração que cada vez que um novo atendimento é necessário para resolver um problema de saúde do usuário, constitui-se na 'porta de entrada' que deve ser de fácil acesso em qualquer nível de atenção.

⁴ **Atenção Básica:** caracteriza-se por conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006a).

Em contrapartida, o acesso, para Abreu de Jesus e Assis (2010), deve ir além desta noção de porta de entrada numa perspectiva mais ampliada de se configurar um dispositivo que permita a transformação da realidade, pois o acesso universal aos usuários preconizados pelo SUS só se concretiza a partir da consciência de cidadania que deve ser incorporada nos usuários para conquistá-lo como direito social.

Em geral, os termos acesso e acessibilidade são utilizados de forma ambígua. Nesse sentido, a acessibilidade possibilita que os usuários cheguem aos serviços de saúde, e corresponde ao elemento necessário da estrutura de um sistema ou unidade de saúde para alcançar a atenção na porta de entrada e não se restringe apenas à atenção primária, ao considerarmos que todos os níveis de atenção devem estar acessíveis à população. Já o acesso, é a forma como este usuário experimenta esta característica de seu serviço de saúde, sendo importante na redução da morbimortalidade (STARFIELD, 2002).

Nessa perspectiva, o usuário, a cada momento que tiver a necessidade de procurar a unidade de saúde, seja por novo evento de saúde seja por um novo episódio de um mesmo evento, esta unidade deve ser de fácil acesso. Desse modo, o acesso pressupõe que o usuário ao adentrar a unidade de saúde possa encontrar dispositivos para que se sinta acolhido, seja tratado com respeito e atenção, com o compromisso de resolução do que o motivou a procurá-la.

Outra questão a ser apontada como desafio para superar os obstáculos em relação à atuação do PSF é a dificuldade de implementar a hierarquização de acordo com as situações identificadas e que necessitam de ser referenciados a outros níveis de atenção, e mesmo ao conseguir fazê-lo, pode ocorrer uma fragmentação do cuidado no que se refere a dificuldade da equipe em conseguir acompanhá-lo nas decisões terapêuticas que foram tomadas pelos profissionais dos outros níveis de complexidade.

Para Franco e Merhy (2007), os usuários que são referenciados a outros serviços nem sempre têm garantido o retorno de quem o atendeu pela primeira vez, o que prejudica o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre usuários e profissionais de saúde.

Destacamos ainda como obstáculos ao PSF a dificuldade de implementação das ações intersetoriais que possam refletir nas demandas trazidas pelos usuários às USF e

que envolvem determinantes que ultrapassam o âmbito de atuação do setor saúde e dificulta a articulação com outros setores para satisfazer a expectativa do usuário, o que restringe a atuação dos profissionais em intervenções voltadas apenas para os aspectos biológicos do processo saúde-doença.

Para Matsumoto (1999), a intersetorialidade se constitui em estratégia política e operacional para a promoção da saúde e da integralidade das ações de saúde, de modo que seja superado o biologicismo.

Assim, torna-se evidente que a intersetorialidade é primordial para que as ações de promoção da saúde e a integralidade das ações possam ser atingidas pelo PSF bem como a visão ampliada dos determinantes que interferem na saúde da população seja de fato implementada no dia a dia das USF.

Nesse sentido, percebemos que alguns desafios necessitam ser superados no que se refere à efetivação das diretrizes do PSF, não como um fim em si mesmo, mas com o objetivo primordial de assegurar a saúde como um direito de todo cidadão.

Para Nascimento (2003), o PSF traz consigo não só o desafio de transformação do modelo assistencial, mas também do processo de trabalho e das práticas de saúde desenvolvidos pelos profissionais que atuam nas USF.

O deslocamento do foco de atenção do indivíduo para a família é uma marca distintiva do PSF, que almeja romper com o modelo centrado na saúde individual e na cura da doença, ao passo que procura ampliar a compreensão do processo saúde-doença, no qual a doença não é um estado, mas um processo de adoecimento, o que leva a enfatizar o cuidado, também entendido como um processo. Para isso, busca na atuação de uma equipe multiprofissional, o fortalecimento do vínculo entre esta equipe e a população atendida (SARTI, 2010).

Nesse sentido, assegurar que a família seja o foco da atuação das ESF pressupõe que suas ações denotem o entendimento do usuário inserido em um contexto familiar, no qual a família não seja vista apenas como um conjunto de pessoas que irão cumprir as orientações da equipe, mas que sua participação seja valorizada no processo de elaboração e execução das decisões sobre o cuidado com a saúde do membro familiar.

Corroboramos com Almeida e Mishima (2001), ao afirmarem que o foco central da atenção não pode ser o indivíduo, mas a família e seu entorno, sendo necessárias

intervenções que proporcionem o cuidado com a saúde sustentada no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade.

Na perspectiva de superar os obstáculos experienciados com os vários modelos assistenciais para a produção do cuidado integral, desde 2003, em Belo Horizonte, e mais recentemente na Bahia, a partir de 2009, foi proposta a implantação das Linhas de Cuidado que buscam ofertar modos de desenvolver e qualificar tanto o cuidado prestado às pessoas e populações quanto à gestão necessária para apoiar, desenvolver e acompanhar essa mudança (BAHIA, 2009a).

No estado da Bahia, a proposta das Linhas de Cuidado se constitui em um subprojeto do Projeto “Saúde da Família pra valer” da Diretoria de Atenção Básica, junto ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Ministério da Saúde, com o objetivo de construir estratégia estruturante da organização do processo de trabalho que não seja direcionado apenas para os problemas definidos como prioritários, com ênfase para uma atenção integral à saúde (BAHIA, 2009a).

Para isso, prevê-se a programação da agenda, por meio das ações programáticas em saúde e o acolhimento para a organização das práticas e dos serviços de saúde na perspectiva de potencializar a integralidade do cuidado, ou seja, as USF deverão programar a agenda para determinados grupos expostos ao risco e, ao mesmo tempo, acolher os usuários nos momentos de necessidades agudas (Idem, 2009a).

As Linhas de Cuidado pretendem construir uma estratégia de organização do processo de trabalho que possibilite o cuidado integral, e, no Estado da Bahia, essa proposta está sendo implementada no PSF.

A integralidade deve partir inicialmente da organização dos processos de trabalho na Atenção Básica, com atuação multiprofissional consubstanciada nos dispositivos do acolhimento e vinculação dos usuários, quando o trabalho é integrado e não partilhado, oportunidade em que a equipe se responsabiliza pelo cuidado com o usuário e este passa a ser o elemento estruturante do processo de produção da saúde. Dessa maneira, a equipe deverá acompanhar o usuário no ‘caminhar da rede’ e

assegurar o acesso aos outros níveis de atenção para que o vínculo continue com a equipe básica (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

A construção da linha de cuidado se produz a partir da adesão ao projeto, vontade política, compromisso dos gestores, associada a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. A sua organização está relacionada a uma grande capacidade de interlocução, negociação e associação entre o nível técnico e o político, com envolvimento de todos os atores dos diversos níveis de atenção (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Assim, busca-se assegurar ao usuário o acesso aos serviços de saúde em seus diferentes níveis da atenção para que se consiga superar a fragmentação do cuidado, que por muitas vezes se faz presente no cotidiano das Unidades de Saúde, com o propósito de oferecer atenção integral à saúde dos usuários.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO DAS ESF: CAMINHOS PARA (RE) CONSTRUIR MODOS MAIS EFETIVOS DE PRODUIR O CUIDADO

O homem como sujeito capaz de construir sua própria história utiliza-se da força do seu trabalho para modificar algo que possa ser útil a si mesmo, a partir da vontade orientada a este objetivo e do que já foi projetado em sua mente antes mesmo de visualizar o produto final de seu trabalho.

Numa perspectiva dialética, o trabalho pressupõe as contradições inerentes às relações estabelecidas entre o homem e suas condições históricas e sociais, no qual o mundo material encontra-se em constante movimento e as mudanças decorrem das contradições que surgem das lutas de classes, do processo de produção na sociedade (MARX, 1983).

Para Marx, há a existência de dois grupos que estão diretamente envolvidos no trabalho: aqueles que detêm os meios de produção de trabalho e aqueles que vendem a sua força de trabalho.

Por um lado, o trabalho assalariado impõe uma relação perversa de exploração estabelecida entre os que detêm os meios de produção e o trabalhador e por outro lado,

faz parte da vida humana, necessário ao homem para garantir sua autoafirmação e possibilitar que este se sinta útil no processo produtivo (MARX, 1983).

O processo de produção capitalista expropria do sujeito sua força de trabalho para atingir o objetivo de produção de bens que possam ser consumidos e com isso gerar valor de uso. Este valor de uso não representa a valorização do sujeito pela sua capacidade de transformação da matéria-prima, mas o produto terá valor por representar obtenção de lucro para quem vende o produto que foi transformado pela força de trabalho.

Contudo, a produção de bens não significa que o trabalhador terá parte em seu lucro, pelo contrário, esse lucro produzirá direito de posse para quem paga pela sua produção ocasionando distanciamento entre o produto e o trabalhador, o que o impede de ter direito de consumo sobre os bens que produziu e principalmente de ter acesso à educação, alimentação, moradia, entre outros, o que resulta em desigualdades sociais (MARX, 1983).

O trabalho pode ser entendido como um processo pelo qual o homem se põe em movimento com a natureza para apropriar-se da matéria natural, utilizando-se dos meios necessários com a finalidade de tornar a matéria útil à sua própria vida (Ibidem, 1983).

Assim, ao empreender esforços para realizar a transformação de uma matéria em algo que tenha valor de uso para si, o homem pode fazê-lo utilizando sua capacidade criativa e transformadora da realidade que o circunda, aliada aos meios e objetivos de transformação da matéria em algo que possa satisfazer uma determinada necessidade.

O trabalho é visto como um processo por trazer a característica de sempre ter um 'algo antes' que será intencionalmente transformado em um 'algo depois', ou seja, no processo de realização do trabalho há um objetivo a ser alcançado sobre o qual são empreendidos esforços para atingi-lo (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Nesse sentido, o que diferencia o trabalho do homem do trabalho de uma abelha é que para o homem o produto de seu trabalho sempre existiu em sua imaginação (MARX, 1983). Isto nos faz refletir sobre o trabalho humano, que traz implícita a intencionalidade da ação por conceber seu produto antes mesmo de tê-lo realizado,

sendo necessário utilizar meios com finalidades determinadas para a obtenção do produto almejado.

O trabalho humano é uma atividade laboriosa determinada por um objetivo, que utiliza para isso uma matéria (objeto), instrumentos e saberes (meios). Nessa direção, entendemos que tanto o objeto como os meios de trabalho são apreendidos de acordo com a intencionalidade, ou seja, do olhar de quem o concebe, o qual estabelece a sua utilização com a finalidade de alcançar o produto que foi idealizado (NASCIMENTO, 2003).

Por sua vez, o trabalho em saúde consiste em toda ação desenvolvida por profissionais de saúde, impregnadas de valores, comportamentos e intencionalidade com o objetivo de satisfazer as necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade sob sua responsabilidade. Daí a importância da equipe de saúde desenvolver o seu trabalho de forma a expressar sua intencionalidade por meio de atos de saúde que se traduzam em um mesmo objetivo, bem como utilizar meios e instrumentos capazes de propiciar o alcance do objetivo que se deseja atingir.

Para que a finalidade do trabalho seja alcançada, a utilização de meios e instrumentos se faz presente entre o produto a ser realizado e o sujeito que realiza a ação, sendo estes utilizados para uma finalidade específica que fará possível a obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática.

No contexto da saúde, o trabalho é composto pelos sujeitos, que correspondem às pessoas envolvidas no processo de trabalho, como os profissionais de saúde, os usuários, a comunidade, entre outros; o objeto é o alvo da ação, representado pelo usuário e, numa dimensão mais ampliada, pelos DSS, as necessidades de saúde, os riscos, agravos e doenças (NUNES, 2001).

Os meios ou instrumentos se referem aos modos de aproximação ao objeto de trabalho e de sua transformação e contemplam a tecnologia não material, ou seja, os saberes específicos de cada profissional, inerentes à clínica, a epidemiologia, às ciências sociais, entre outros; o saber popular; as tecnologias de comunicação social; as formas de planejamento; e tecnologias materiais que são os instrumentos e equipamentos utilizados. A partir daí, vislumbra-se como produto, a promoção da

saúde e qualidade de vida dos usuários, a prevenção e controle dos riscos, agravos e doenças, constituindo-se em um processo (NUNES, 2001).

Contudo, há de se perceber que a interação entre os profissionais de saúde e estes aspectos que agem na realização de seu trabalho, não acontece de forma linear, mas apresenta-se com contradições inerentes ao próprio homem, que para interagir utiliza-se de conhecimentos, saberes e práticas que lhe proporcionarão condições para atuar de maneira mais embasada no desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Para Rodrigues (2005), os profissionais de saúde não podem ficar restritos às suas ferramentas e aos seus instrumentos do processo de trabalho, é preciso estabelecer a escuta, o acolhimento e o vínculo com diálogo e comprometimento, uma vez que o fazer cotidiano deverá constituir-se na grande matéria-prima para a compreensão do trabalho que, em seu fazer, produz subjetividades.

Ao analisarmos o processo de trabalho em saúde, é necessário considerar três dimensões fundamentais que são complementares e interatuantes. A primeira se refere ao processo de trabalho enquanto direcionalidade técnica, que envolve instrumentos e força de trabalho; a segunda afirma que ele é um serviço, já que toda assistência à saúde se constitui em serviço, numa visão marxista, é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho; e a terceira dimensão está relacionada ao fato de que o processo de trabalho em saúde é um serviço que se fundamenta numa inter-relação pessoal mais intensa, uma vez que esse serviço não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece nos serviços automotivos. Dá-se ao contrário com as pessoas e, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo, uma vez que fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho (NOGUEIRA, 1997).

A lógica do processo de trabalho do PSF ocorre a partir de uma equipe multiprofissional que deverá responsabilizar-se por uma população adscrita, com o propósito de promover mudanças nas práticas de saúde por meio da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, na perspectiva de assegurar que a produção do cuidado tenha impacto favorável sobre as necessidades de saúde dos usuários.

O trabalho em equipe implica na (re) construção da prática profissional a partir da integração com a prática e os saberes do outro profissional, quando ambos poderão

ser transformados e, juntos, deverão buscar uma intervenção mais efetiva na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A relevância do trabalho em equipe nos remete à ideia de podermos imprimir maior potencial de criatividade e de compartilhamento de saberes no processo de trabalho das ESF. Diferentes olhares e saberes possibilitam uma ampliação de enfrentamento e intervenção nas situações que são apresentadas nas USF e em suas áreas de abrangência.

Contudo, a dinamicidade do trabalho em equipe pode, em sua plasticidade, configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Ou seja, não basta os profissionais compartilharem a mesma situação de trabalho, nem estabelecerem relações pessoais cordiais para se alcançar a integração dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2010).

O fato das ESF contarem com diferentes profissionais que compartilham o mesmo espaço físico e cuidado aos usuários não assegura uma integração em suas ações, pois esta depende da articulação e conexões das intervenções realizadas. Assim, é importante a valorização do saber de cada profissional, na certeza de que não há saber que por si só seja suficiente para dar uma resposta à situação de saúde dos usuários, o que implica na valorização de cada profissional que compõe a equipe.

O processo de trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional para se integrar deve, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas por cada profissional, com a finalidade de valorizar o trabalho do outro, o que propicia uma dimensão cuidadora dialógica e ética (PEDUZZI, 2010).

Outrossim, o diálogo é fundamental para a integração entre os membros de uma equipe, com o intuito de transpor as barreiras que podem existir entre profissionais-profissionais e entre profissionais-usuários, a partir de um relacionamento permeado pelo respeito e compromisso com a superação de relações hierarquizadas e fragmentadas.

O trabalho em saúde é cooperativo, o seu desenvolvimento não ocorre de forma isolada, mas sempre articulada com o conjunto de profissionais, para que se possam construir projetos que atendam as necessidades dos usuários (MISHIMA, s/d).

Atuar na multiplicidade dos fatores que interferem no processo saúde-doença não se limita a uma área profissional, ao contrário, exige uma abordagem multiprofissional para se compreender e intervir de acordo com as necessidades de saúde da população.

O trabalho em saúde está intimamente relacionado ao trabalho em equipe, partindo da premissa de que a complexidade do processo saúde-doença e do próprio homem como sujeito social e histórico, imprime a necessidade de diferentes saberes, permeado pela comunicação entre os profissionais e destes com os usuários.

Nesse sentido, não podemos dissociar do cuidado produzido pela ESF os fatores sociais e subjetivos que estão presentes no cotidiano dos usuários com diagnóstico de hipertensão e que devem estar inseridos no processo de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de que suas práticas cotidianas incluam um 'olhar social' para o modo como o usuário convive com essa doença, na perspectiva de conhecer e entender as relações que se estabelecem no meio familiar e social.

Desse modo, os profissionais de saúde devem atuar mediante a singularidade de cada usuário, com a finalidade de produzir o cuidado que valorize as subjetividades existentes nas áreas de abrangência da USF, onde podemos encontrar processos de exclusão e desigualdade sociais.

Para Figueiredo e Furlan (2010), as dimensões do subjetivo e do social não podem ser dissociadas do cuidado com a saúde, em virtude de que a doença não pode ser vista enquanto existente por si mesma.

Assim, o processo de trabalho dos profissionais das ESF deve superar o desafio de incorporar, em suas práticas, um olhar que extrapole os aspectos biológicos da doença, no intuito de construir mecanismos para o enfrentamento dos DSS identificados e que podem interferir na qualidade de vida dos usuários.

Assim, o processo de trabalho em saúde extrapola a utilização dos instrumentos materiais, como formulários e equipamentos, para a valorização de tecnologias capazes de expressar processos relacionais que impulsionem novas formas de se produzir o cuidado.

Nesse contexto, a complexidade inerente ao processo de trabalho em saúde utiliza-se de tecnologias da atividade operante e dos objetos de trabalho para

estabelecer nexos técnicos no interior do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994). Vale ressaltarmos, ainda, que este mesmo autor estabeleceu a diferenciação entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e as tecnologias relacionadas com o conhecimento técnico; dessa maneira, houve a valorização do conhecimento como tecnologia e, como consequência, os saberes de cada profissional de saúde envolvido na produção do cuidado.

Dessa forma, as tecnologias se constituem em dispositivos essenciais para alcançar os objetivos determinados pela equipe de saúde, o que proporciona aproximação entre os sujeitos envolvidos em um processo comum de trabalho.

Merhy (2002), ao analisar as tecnologias que envolvem o trabalho em saúde as classificou em tecnologias leves ou das relações, que pressupõe a existência de acolhimento, vínculo, escuta sensível, entre outros; leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e duras, que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

Nesse sentido, a utilização das tecnologias leve, leve-duras e duras são primordiais para a resolubilidade⁵ de situações de saúde que levam os usuários a procurar as unidades de saúde, contudo há de se considerar o uso adequado e racional das tecnologias leve-duras e duras, a fim de não tornar a relação entre o profissional e usuário, centrada em procedimentos, normas e prescrições. Quanto ao uso das tecnologias leves deverá servir como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho que valoriza as subjetividades e singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

O momento do trabalho, em si, expressa o trabalho vivo em ato, com ênfase nas tecnologias das relações, o que permite ao profissional de saúde agir no ato produtivo com liberdade, ser criativo, relacionar-se com o usuário, inserindo-o no processo de produção do cuidado, além de adotar estratégias variadas para resolver os problemas que surgem no cotidiano do processo de trabalho. Esta possibilidade não é vislumbrada no trabalho morto, uma vez que este prioriza os instrumentos, ou seja, as

⁵ **Resolubilidade:** resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na 'porta de entrada', seja nos outros níveis de complexidade do sistema (SANTOS; ASSIS, 2006).

tecnologias duras e leve-duras e limita a ação do profissional de saúde à programação das máquinas e dos protocolos, com pouca interação com o usuário (MERHY, 2002).

Para este autor o trabalho vivo em ato ocorre no exato momento em que a atividade é produzida, sendo permeado pelo ato da escuta, da fala, da interação, o que propicia a capacidade de atender às necessidades de saúde e contribui com a própria relação entre os atores envolvidos neste processo.

Por outro lado, quando os atos de saúde são embasados no trabalho morto, gera distanciamento entre os envolvidos no processo e torna o cuidado frio e mecânico, o que favorece a uma visão reducionista e biologicista.

Entretanto, em um mesmo espaço de trabalho pode existir profissionais que atuam de acordo com o trabalho vivo e outros que alicerçam suas práticas no trabalho morto, em função da micropolítica existente em cada espaço de trabalho e que confere a todo profissional a capacidade de intervir de acordo com suas vivências e subjetividades, o que configura o modo como a assistência vai ser implementada (BRASIL, 2005a).

Para Merhy (2002, p. 61), na micropolítica do trabalho em saúde

não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre 'atravessado' por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser 'explorada' para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.

Desse modo, a micropolítica permite que o espaço de trabalho possa assumir formas diferentes de se realizar o cuidado, em virtude dos diferentes profissionais que nele atua o que possibilita mudanças no cotidiano das práticas da equipe de saúde de acordo a criatividade e o desejo de (re) construir modos mais efetivos de produzir o cuidado.

A micropolítica do espaço de trabalho poderá ser norteada tanto pelo trabalho morto (utilização das tecnologias leve-dura e dura) como pelo trabalho vivo (embasado nas tecnologias relacionais), ou mesmo pela presença de ambos, em virtude da singularidade e subjetividade de cada ator envolvido.

Assim, a micropolítica é o lugar onde se produz e manifesta a subjetividade (BRASIL, 2005). Isto nos impulsiona a acreditar que no cotidiano das Unidades de Saúde deve se buscar a abertura necessária para se aproximar e sentir com o outro suas alegrias, tristezas, emoções, vivências, independentemente de ser usuário ou profissional de saúde, para que juntos possam encontrar formas mais acolhedoras e efetivas de cuidar da saúde.

O processo de trabalho em saúde permeia relações sociais historicamente determinadas, que se caracterizam em práticas de saúde exercidas por profissionais em uma relação dialética entre as necessidades de saúde da população e o modo de organização dos seus serviços (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A organização do trabalho em saúde influencia o modo de se organizar o cuidado dos usuários, e é necessário verificar qual das três tecnologias prevalece no processo de trabalho no momento em que o profissional de saúde produz o cuidado ao usuário. Nas situações em que as tecnologias duras e leve-duras se sobressaem, o profissional valoriza mais o instrumento que tem à mão do que a atitude acolhedora, e, muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, com prioridade para os formulários, protocolos, procedimentos, como se esses fossem um fim em si mesmo (BRASIL, 2005a).

O modelo assistencial que tem como ação principal de sua assistência a produção de procedimentos, pode ser definido como “procedimento-centrado”, por confundir a qualidade da assistência com o número de produção de consultas e exames, o que pode negligenciar o compromisso com as necessidades de saúde dos usuários (FRANCO; MERHY, 2007).

Em contrapartida, os modelos que buscam construir vínculos e compromissos entre profissionais e usuários, para atender as necessidades de saúde dos usuários, com ênfase nas tecnologias relacionais, possui uma lógica “usuário-centrada” (Idem, 2007).

As tecnologias em saúde estão diretamente relacionadas com o modelo assistencial que direciona a ação dos profissionais, os quais, a depender do modelo adotado, irão utilizar em maior ou menor grau uma determinada tecnologia. Contudo, a implantação de um modelo assistencial não é suficiente para a mudança das práticas dos profissionais, pois esta depende das subjetividades inerentes ao modo como o

profissional concebe o seu fazer saúde, o que nos leva a refletir sobre normas e diretrizes ministeriais a fim de reorganizar o processo de trabalho das Unidades de Saúde, que se tornam insuficientes por não conseguir capturar as subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Assim, corroboramos com Franco et al. (2009, p. 41), ao afirmarem que “há um modelo assistencial em cada cabeça”, o que aponta para a interação entre os diferentes atores envolvidos no processo de trabalho, de modo que a interação destes expressem atos de saúde permeados pelas tecnologias relacionais que propiciem uma atenção centrada nas necessidades de saúde dos usuários.

Se os profissionais de saúde, em suas práticas, enfatizarem atos normativos e ações burocráticas, dificilmente conseguirão estabelecer uma relação acolhedora com os usuários e com os demais membros da equipe, independentemente do modelo assistencial ou das diretrizes ministeriais.

Ressaltamos que o encontro entre o profissional de saúde e usuário seja um momento ímpar para se impulsionar uma relação de confiança, por meio de uma escuta sensível da situação de vida que o usuário apresenta e que muitas vezes sente a necessidade de partilhar; ou por um olhar criterioso e sensível às situações que são silenciadas pelos usuários, mas são explícitas em seu modo de vida, de forma que o conjunto das ações a serem desenvolvidas pela equipe se traduza em atos de respeito e compromisso.

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe deve ser pautado em relações de legitimação do outro, de maneira que os modos de ser, de fazer e de saber dos profissionais de saúde e dos usuários do serviço possam emergir como co-produtores das práticas de saúde (GOMES et al., 2010).

Acreditamos ainda que essas tecnologias sejam importantes para delinear a organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, de maneira a atender as expectativas e necessidades de saúde da população, porém as tecnologias leves estão diretamente ligadas aos aspectos relacionais entre os sujeitos, o que amplia a possibilidade de conhecer os diferentes fatores que interferem no cuidado aos usuários.

Partindo da premissa de que a saúde é permeada por determinantes biológicos, econômicos, culturais, entre outros, acreditamos que a determinação social da saúde

não está dissociada dos aspectos que interferem no cotidiano da vida das pessoas, o que nos possibilitará uma maior aproximação com as interfaces que permeiam o estado de saúde e as condições sociais dos usuários.

Nessa perspectiva, a existência de determinada doença não pode ser vista apenas sob o caráter biológico, mas requer um olhar que a relacione com os DSS e as subjetividades que lhes são inerentes, sobretudo nos casos de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão arterial, que exige acompanhamento contínuo por parte da equipe de saúde.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), a determinação da saúde não ocorre de forma linear de causa-efeito, nem se constitui em uma soma de determinantes, mas encontra-se mediada por aspectos sociais, econômicos e políticos que devem impulsionar a identificação dos pontos mais sensíveis para intervenções que visem reduzir as desigualdades e iniquidades de saúde.

As condições sociais de vida das pessoas são a base para o surgimento de determinados agravos e doenças, seja de caráter crônico, infeccioso seja psicológico, constituindo-se em causas de desigualdades sociais que podem gerar iniquidades que são extremamente nocivas à saúde das pessoas.

Para Assis et al. (2010), as desigualdades sociais têm ocasionado mudanças no padrão de qualidade de vida da população, o que contribui para uma alta demanda dos serviços de saúde em contrapartida à baixa oferta de serviços ou mesmo em processos de trabalho centrados no núcleo especializado dos profissionais.

Diante de um cenário marcado por desigualdades sociais, o sistema de saúde necessita cada vez mais estar preparado para produzir um cuidado que leve a atender as demandas trazidas pelos usuários, o que aponta para a existência de serviços com profissionais atentos a essa realidade.

As desigualdades sociais incorporam a noção de uma partilha desigual, resultante do próprio processo social, trazendo à tona a percepção de que o acesso a bens, serviços de saúde e um dado nível de saúde está determinado pela posição que os indivíduos ocupam na sociedade. Por sua vez, as iniquidades trazem a ideia de necessidade e que a simples partilha igualitária dos recursos não seria suficiente para

atender a essas necessidades, propiciando situações injustas ou iníquas (BARATA, 2006).

Observamos que as desigualdades sociais estão presentes nos diferentes espaços e classes sociais, em relação à moradia, alimentação, segurança, ao transporte, saneamento, acesso à educação e saúde, trabalho, entre outros, e potencializam condições de vida que afetam a saúde da população.

Também precisamos considerar que este contexto social interfere nos aspectos subjetivos do sujeito, pois a subjetividade é social e historicamente construída por meio de acontecimentos, encontros, desencontros, vivências, que o sujeito possui devido à sua experiência e interação social, que não tem um fim, mas que se reconstrói ao possibilitar novas subjetivações (FRANCO et al., 2009).

Assim como o processo de trabalho, as subjetividades estão associadas ao caráter histórico e social que é inerente à própria história do homem, de modo que não são lineares, mas um contínuo processo de construção e (re) construção, de avanços e retrocessos, em busca de trilhar caminhos que possam significar o protagonismo de sua própria história, a partir da singularidade de cada sujeito.

Para Nascimento e Mishima (2004, p. 13), “a ênfase dada aos procedimentos esvaziados de humanidade e atenção e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem visões fragmentadas, desfocando a integralidade do ser humano”.

Nesse sentido, a superação de posturas que se limitam aos aspectos biológicos do processo saúde-doença, perpassa por um fazer saúde dos profissionais que se permita nortear pela solidariedade, respeito e valorização ao outro em cada ato de saúde produzido pela equipe de saúde.

Assim, a mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas, de um modo de trabalhar em saúde cujo centro é o campo das relações, e o encontro com os usuários ocorre em espaços de fala, de escuta, olhares, signos, que têm sentido, tanto para o profissional de saúde quanto para o usuário e formam o centro do processo de trabalho (FRANCO et al., 2009).

Nessa perspectiva, a produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial deve envolver uma abordagem que propicie o diálogo com o usuário para que o

mesmo expresse sua condição de vida, sentimentos, emoções, entre outros, a fim de contribuir na identificação dos fatores que podem interferir na adoção de um estilo de vida saudável.

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, encontrada pelo menos em duas aferições em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva, sendo que as aferições devem ocorrer em momentos diferentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Estudos epidemiológicos no Brasil têm demonstrado que a hipertensão arterial afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos (BRASIL, 2002a).

O número de pessoas com essa doença é cada vez mais crescente, tendo o Brasil cerca de 17 milhões de pessoas com hipertensão arterial, das quais 35% da população estão acima de 40 anos (BRASIL, 2006b).

Mediante o exposto, a hipertensão arterial requer ações de prevenção e de diagnóstico precoce, mediante ações intersetoriais que possam contribuir para a adoção de hábitos saudáveis de vida, tanto para prevenir essa doença como para se conseguir uma melhor qualidade de vida para as pessoas que já a apresentam.

Por conseguinte, a produção do cuidado requer o estímulo a mudanças comportamentais para o efetivo acompanhamento das pessoas com hipertensão, sendo necessário o envolvimento dos familiares na perspectiva de estimular sua participação ativa, em virtude de que essas mudanças podem interferir em sua convivência, o que torna fundamental que a família seja capacitada e acolhida pelos profissionais de saúde (SARAIVA et al., 2007).

A influência familiar se destaca no desenvolvimento dos principais fatores de risco da hipertensão arterial, e os ‘problemas emocionais’ de origem familiar constituem-se em importantes fontes para seu descontrole (TRAD et al., 2010).

Assim, o processo de trabalho das ESF pode negar ou reafirmar o compromisso da centralidade da atenção do PSF na família, a partir do fortalecimento do vínculo

entre esses atores sociais e de sua capacidade de suscitar na família a corresponsabilização pela saúde de seus membros.

Assim, emerge a importância do reconhecimento de se tomar a família como foco de atenção à saúde, em seu contexto social, suas formas de cuidar da saúde e da doença, suas representações sobre si mesma e sobre os outros (SARTI, 2010).

A equipe de saúde deve atuar, buscando potencializar o processo de autonomia do usuário e família, bem como sua participação ativa nas decisões a serem tomadas durante seu acompanhamento, motivando-o para mudanças de hábitos de vida não saudáveis e construindo estratégias que viabilizem formas adequadas para se conseguir tais mudanças.

Sabemos que a prática regular de exercícios físicos traz benefícios a todos que o realizam, inclusive às pessoas com hipertensão, ao contribuir para a perda de peso, aumento de sensação de bem-estar, redução do risco de doença cardiovascular, desde que as pessoas sejam submetidas à avaliação prévia (BROCK, 2009).

A prática regular de exercícios físicos tem sido um elemento que traz benefícios para a diminuição do peso, o que nos indica a importância do combate ao sedentarismo, a partir do controle da obesidade, que é um fator de risco para a hipertensão. Os exercícios físicos também proporcionam benefícios na prevenção ou redução da hipertensão arterial, ao diminuir o risco de obesidade, auxiliar na prevenção ou redução da osteoporose, promover o bem-estar e reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão (CNDSS, 2008).

Portanto, a prática de exercícios físicos deve ser estimulada e acompanhada pelos profissionais que atuam junto aos usuários com hipertensão com a finalidade de prevenção e tratamento dessa doença, uma vez que tem sido comprovadamente eficaz na diminuição da pressão arterial, sendo uma atividade de baixo custo e com poucos efeitos colaterais (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

Outro aspecto relevante na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial é a alimentação saudável.

A alimentação também se configura uma fonte de prazer, e as mudanças no padrão alimentar podem diminuir o prazer de viver. Os hábitos alimentares proporcionam momento de interação e agregação entre as pessoas, sobretudo na

família, o que potencializa as relações sociais. No entanto, mudanças ou substituição de alimentos podem ocasionar sofrimento e isolamento social (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

No que concerne ao seguimento de uma alimentação saudável, torna-se fundamental que seja uma alimentação hipolipídica, hipossódica, rica em verduras e frutas, com redução do consumo do sal, com a finalidade de controlar os níveis pressóricos, diminuir a ocorrência de acidente vascular encefálico e propiciar a regressão da hipertrofia ventricular esquerda (PIRES; MUSSI, 2008).

Contudo, o aspecto financeiro interfere nesse processo, o que representa obstáculos ao seguimento das recomendações relacionadas com a alimentação, uso da medicação, prática de exercícios físicos, entre outras.

Desse modo, deve ser observado que os aspectos psicossociais, econômicos, educacionais estão presentes no desencadeamento e manutenção da hipertensão arterial e representam obstáculos para um cuidado que consiga melhor adesão ao tratamento e mudanças de hábitos não saudáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Nesse sentido, o profissional de saúde, ao se deparar com usuários que tenham o diagnóstico de hipertensão arterial, deve buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos dessa doença, incorporando ao seu fazer saúde a interferência dos DSS e das subjetividades no processo de conviver com a hipertensão arterial.

Para tanto, é fundamental superar as formas de organização da atenção voltada para a transcrição técnica e reprodução de protocolos como um fim em si mesmo, sem questionar e analisar sua adequação a cada usuário, com o intuito de que as práticas de saúde dos profissionais sejam mais capazes de integrar o poder instrumental com um sentido mais rico e interativo de definição de necessidade de saúde (MERHY, 2000).

A valorização de cada sujeito como ser dotado de singularidades possibilitará a apropriação da autonomia do sujeito e poderá contribuir para uma maior aproximação do exercício da cidadania, o que implicará em possibilidades de mudança e

consolidação da produção do cuidado com base nas necessidades de saúde de cada sujeito.

Assim, a equipe de saúde estará reforçando a participação ativa do usuário, que é pessoa fundamental para a construção de novos modos de se produzir o cuidado e, ao mesmo tempo, estará estimulando a superação do comportamento de passividade que inviabiliza o caráter participativo e pró-ativo nas decisões a serem tomadas no cuidado à sua saúde.

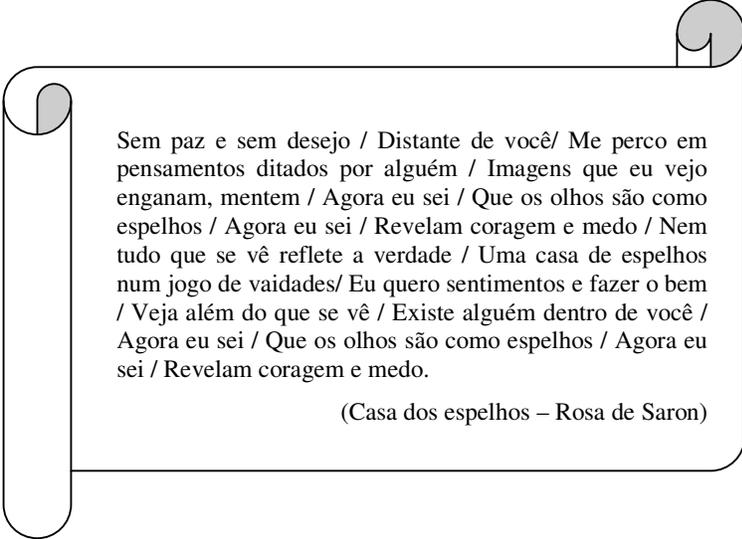
Ressaltamos que essa participação não deve ser apenas dos usuários, visto que as ações das equipes de saúde devem envolver a família e a comunidade, no intuito de fortalecer o estabelecimento de vínculo e a co-responsabilização entre estes e a Unidade de Saúde.

Contudo, as equipes de saúde devem estar atentas para que o uso dessas orientações não ocasione a produção de um cuidado com base apenas no biológico e na produção de procedimentos e normas, devendo valorizar a realização de reuniões comunitárias, formação de grupos de caminhada e de convivência, entre outros, a fim de propiciar momentos que contribua para a identificação das condições de vida de cada usuário e de suas subjetividades.

Acreditamos também que a equipe de saúde, ao realizar atividades que estimulem o compartilhar de experiências, saberes, expectativas, sentimentos, por meio de um relacionamento permeado pela confiança e respeito mútuo, estará se aproximando de um cuidado que valoriza o outro em sua singularidade e autonomia, na perspectiva de se construir novas formas de se produzir o cuidado.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO



Sem paz e sem desejo / Distante de você/ Me perco em
pensamentos ditados por alguém / Imagens que eu vejo
enganam, mentem / Agora eu sei / Que os olhos são como
espelhos / Agora eu sei / Revelam coragem e medo / Nem
tudo que se vê reflete a verdade / Uma casa de espelhos
num jogo de vaidades/ Eu quero sentimentos e fazer o bem
/ Veja além do que se vê / Existe alguém dentro de você /
Agora eu sei / Que os olhos são como espelhos / Agora eu
sei / Revelam coragem e medo.

(Casa dos espelhos – Rosa de Saron)

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo por ter buscado realizar reflexões sobre o desenvolvimento e a dinâmica social, voltando-se para a solução de problemas de um determinado grupo, por meio do estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, como produto das interpretações que os homens fazem a respeito da realidade em que estão inseridos e do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2010).

Por conseguinte, a compreensão do homem como ser histórico e social parte do princípio de que a vida humana não pode ser dissociada de sua historicidade e do caráter de contínua transformação da realidade, pois não é estática, uma vez que a interpretação do mundo social parte da compreensão de que o sujeito e o objeto do conhecimento são constituintes das partes e do todo universal, passado e presente, teoria e prática (ASSIS et al., 1998).

Nessa perspectiva, buscamos nos aproximar do processo de trabalho direcionado aos usuários com hipertensão arterial, no intuito de trilhar caminhos que possibilitem a compreensão das implicações dialéticas existentes em sua realidade. Tal aproximação também parte do interesse em conhecer o fenômeno muito além da aparência, na busca pelo aprofundamento dos aspectos inerentes a sua essência, que apresenta conflitos e contradições que podem determinar o seu acontecimento.

3.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO

O campo do estudo foi o município de Jequié que está situado na região sudoeste do estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga, por isto seu clima é quente e úmido, com temperaturas que variam entre 13° (junho) e 36° (fevereiro) (NERY, 2006).

Possui uma área total de 3.035 km² com uma população estimada para 2009 de 150.541 habitantes (IBGE, 2010).

A zona rural do município corresponde a 18% de seu contingente populacional, concentrando-se em distritos e povoados. Possui um relevo bastante acidentado, com a presença marcante de planícies, morros e serras, sendo que este tipo de relevo também se faz presente na zona urbana com acesso dificultado em muitos bairros da cidade (NERY, 2006).

No contexto econômico, social e político, Jequié vem se destacando como pólo regional num processo de crescimento e desenvolvimento. Contudo, os índices econômicos ainda não são satisfatórios, o que agrava ainda mais o problema da distribuição de renda e do aumento da pobreza (NASCIMENTO, 2003).

Em relação à rede municipal de assistência à saúde da Atenção Básica, o município dispõe de quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães, Centro de Saúde Sebastião Azevedo); uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; uma Unidade Móvel/expresso de saúde, 26 equipes de Saúde da Família e 26 Postos de Saúde localizados na zona urbana distribuídos nos distritos e povoados (ou seja, localidades que não possuem USF) (JEQUIÉ, 2008).

Em relação à cobertura do PSF no município de Jequié, a zona urbana apresenta 57,3% de cobertura, e 4,6% na zona rural, totalizando 61,9% da população (JEQUIÉ, 2010).

Esse percentual de cobertura do PSF parece apontar para uma necessidade de implantação de USF localizados na zona rural, no intuito de assegurar um maior acesso aos serviços de saúde da população residente nessa localidade, bem como a ampliação de cobertura na zona urbana.

No que se refere à rede municipal de assistência à saúde de média complexidade, o município dispõe dos seguintes serviços: Ambulatório de Saúde Mental; Central de Regulação de Leitos; Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Referência em Saúde Sexual; Centro de Apoio Psicossocial Guito Guigó (CAPS); Centro de Apoio Psicossocial AD (CAPS – álcool e drogas); Farmácia Popular; Tratamento Fora do

Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Pronto Atendimento 24 horas; Laboratório Municipal (CNES, 2010).

O espaço propriamente dito de nossa investigação foram as Unidades de Saúde da Família, com suas respectivas equipes, sendo 10 Unidades com apenas uma equipe e oito com equipes duplas, conforme destacado no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1: Relação das USF e número de ESF do PSF de Jequié-BA, 2010.

NOME DA UNIDADE	Nº DE ESF	Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	LOCALIZAÇÃO
USF Amando Ribeiro Borges	02	1.256	Zona Urbana
USF Antônio Carlos Martins	01	853	Zona Urbana
USF Aurélio Sciarretta	02	1.418	Zona Urbana
USF Gilson Pinheiro	01	858	Zona Urbana
USF Giserlando Biondi	02	1.621	Zona Urbana
USF Ildefonso Guedes de Araújo	01	996	Zona Urbana
USF Isa Cléria Borges	01	1.826	Zona Urbana
USF Isabel Andrade	01	951	Zona Rural
USF João Caricchio Filho	01	468	Zona Urbana
USF José Maximiliano H. Sandoval	02	1.452	Zona Urbana
USF Milton Rabelo	02	1.237	Zona Urbana
USF Odorico Mota da Silveira	01	1.249	Zona Urbana
USF Padre Hilário Terrosi	02	1.783	Zona Urbana
USF Rubens Xavier	02	1.602	Zona Urbana
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	01	725	Zona Urbana
USF Tânia Diniz C. Leite de Britto	01	634	Zona Urbana
USF Virgílio de Paula Tourinho Neto	02	1.422	Zona Urbana
USF Waldomiro Borges de Souza	01	739	Zona Rural

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, no período de mar./mai. 2010.

Embora no momento da pesquisa o município apresentasse 18 USF, utilizamos alguns critérios de inclusão para definir as Unidades de Saúde da Família que iriam compor o cenário da pesquisa. Assim, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- equipe mínima completa, segundo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde;
- equipes com o tempo mínimo 6 meses de experiência;
- unidades com 80% a 100% das famílias cadastradas e acompanhadas;
- unidades de Saúde da Família com apenas uma equipe.

Com base nesses critérios, foram selecionadas oito USF para compor o cenário do estudo, sendo seis Unidades localizadas na zona urbana e duas na zona rural.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo qualitativo, não nos preocupamos com a amostragem numérica, mas com o aprofundamento e a amplitude da compreensão do fenômeno estudado. Nesse sentido, o estudo foi constituído por 25 sujeitos, por entender que na pesquisa qualitativa, dados numéricos não significam garantia da representatividade da amostra, levando em consideração a saturação empírica dos dados. Por saturação entende-se que é “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (MINAYO, 2010, p. 197).

Estes sujeitos configuraram três grupos, a saber:

Grupo 1 – representado por quatro formuladores da política⁶;

Grupo 2 – constituído por 15 profissionais das ESF (enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dentário - ACD, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS), por meio do critério de escolha do próprio profissional considerar que sua prática profissional no PSF envolve a realização de ações direcionadas aos usuários com hipertensão arterial;

Grupo 3 – representado por seis usuários com diagnóstico de hipertensão arterial, cadastrados e acompanhados pelo tempo mínimo de 1 ano na USF.

Nos Quadros 2 e 3 apresentamos a caracterização dos sujeitos do estudo, identificados por um número em ordem crescente, levando em consideração o grupo a que pertenciam.

No que se refere aos sujeitos do Grupo I, a fim de observarmos as questões éticas, não realizamos sua caracterização em virtude de assegurar seu anonimato, por

⁶ **Formuladores de políticas:** [...] no caso de uma política nacional, integram este grupo os dirigentes (gestores) nacional, estadual e municipal envolvidos diretamente na definição dos objetivos, prioridades e estratégias da política, seus programas e projetos, seja de forma global, seja nos ajustes e adaptações às condições locais/regionais (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2001, p. 50).

se tratar de um número reduzido de sujeitos que atuam como formuladores da política.

Os sujeitos do Grupo II – profissionais de saúde – foram caracterizados segundo idade, sexo, profissão/ocupação, formação, tempo de atuação profissional, tempo de atuação no PSF e existência de duplo vínculo, conforme apresentado no Quadro 2.

QUADRO 2: Caracterização dos profissionais de saúde, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.

Identificação	Sexo	Idade (ano)	Profissão / Ocupação	Formação	Tempo de atuação profissional	Tempo de atuação no PSF	Duplo vínculo
Ent. 5	F	34	Auxiliar de Enfermagem	Ensino médio	13 anos	1 ano	Não
Ent. 6	F	28	Enfermeira	Especialista	1 ano	1 ano	Não
Ent. 7	M	20	ACS	Ensino médio	1 ano	1 ano	Não
Ent. 8	F	27	Enfermeira	Especialista	1 ano	1 ano	Não
Ent. 9	F	36	Enfermeira	Especialista	14 anos	13 anos	Sim
Ent. 10	M	30	Odontólogo	Especialista	5 anos	4 anos	Não
Ent. 11	F	32	Enfermeira	Especialista	4 anos	1 ano	Não
Ent. 12	F	27	ACD	Ens. superior incompleto	10 anos	4 anos	Sim
Ent. 13	F	44	Odontóloga	Especialista	23 anos	4 anos	Sim
Ent. 14	F	37	Médica	Especialista	10 anos	9 anos	Sim
Ent. 15	F	47	ACS	Ensino médio	8 anos	8 anos	Não
Ent. 16	M	24	ACS	Ensino médio	5 anos	5 anos	Não
Ent. 17	M	29	Enfermeiro	Especialista	2 anos	1 ano	Não
Ent. 18	F	27	Odontóloga	Ensino superior	1 ano	1 ano	Não
Ent. 19	F	36	Enfermeira	Especialista	2 anos	1 ano	Não

Deste grupo de quinze sujeitos, 11 são do sexo feminino e 4 do sexo masculino; a idade variou entre 20 e 47 anos; o tempo de atuação profissional apresenta-se de 1 a 23 anos, com tempo de atuação no PSF de 1 a 13 anos. Em relação à existência de duplo vínculo, apenas 4 o possuem.

Entre os sujeitos do grupo II, tivemos: 1 auxiliar de enfermagem, 6 enfermeiros, 3 ACS, 3 odontólogos, 1 ACD e 1 médico; destes 4 possuem ensino médio, 1 ensino superior, 1 ensino superior incompleto e 9 apresentam formação *Lato Sensu* diversificada (uma especialista em unidade de terapia intensiva, uma especialista em

urgência e emergência, cinco especialistas em saúde coletiva, um especialista em radiologia, uma especialista em gestão em saúde pública).

No Quadro 4, caracterizamos os sujeitos do estudo do Grupo III – usuários – segundo idade, sexo, profissão/ocupação, escolaridade, tempo de residência na área e tempo de cadastramento na USF.

QUADRO 3: Caracterização dos usuários, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.

Identificação	Sexo	Idade (ano)	Escolaridade	Profissão / Ocupação	Tempo de residência na área	Tempo de cadastramento na USF
Ent. 20	F	62	Não alfabetizado	Do lar	2 anos	1 ano
Ent. 21	F	59	Sabe ler e escrever	Vendedora	23 anos	12 anos
Ent. 22	F	42	Ensino médio	Do lar	10 anos	1 ano
Ent. 23	F	51	Ensino médio	Do lar	40 anos	5 anos
Ent. 24	F	54	Sabe ler e escrever	Agente de serviços gerais	46 anos	12 anos
Ent. 25	F	66	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	4 anos	3 anos

No Quadro 3, todos os sujeitos são do sexo feminino, a idade variou entre 42 e 66 anos; quanto a escolaridade, 1 não é alfabetizada, 2 sabem ler e escrever, 2 apresentam ensino médio e 1 ensino fundamental incompleto; quanto à profissão/ocupação 3 são do lar, 1 vendedora, 1 agente de serviços gerais e 1 aposentada.

Entre estes sujeitos o tempo de residência na área de abrangência da USF variou entre 2 e 46 anos, sendo que o tempo de cadastramento na USF variou entre 1 e 12 anos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na coleta de dados utilizamos tanto fonte primária quanto secundária. Para fonte primária utilizamos a **técnica de entrevista** que se constitui em forma privilegiada de interação social, com a finalidade de construir informações pertinentes

ao objeto de pesquisa, ao expressar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, por meio de dados que retratam suas idéias, crenças, opiniões, maneira de pensar, atitudes, emoções e comportamentos (MINAYO, 2010).

A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu por entender que ela permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, uma vez que combina perguntas fechadas e abertas (Idem, 2010).

As entrevistas foram realizadas no período de março a maio de 2010, com o auxílio de um roteiro específico para cada grupo pesquisado (APÊNDICES B, C e D) para facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais. Segundo Minayo (2010), o roteiro deve servir de orientação para a interlocução, a fim de proporcionar flexibilidade, o que contribui para o surgimento de outras questões relevantes.

Utilizamos o gravador em todas as entrevistas, como forma de garantir maior fidedignidade dos depoimentos. Entretanto, o gravador foi utilizado após o consentimento de cada entrevistado (a). Cada entrevista durou em média 25 minutos.

Para realizar as entrevistas buscamos atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998a) que aborda sobre as Diretrizes e Normas reguladoras de pesquisa em seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o protocolo nº 163/2009, que emitiu parecer favorável em 27 de outubro de 2009, autorizando a realização do estudo (ANEXO A).

Posteriormente foi encaminhado um ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB à Secretaria Municipal de Saúde para que fosse viabilizado o processo de coleta de dados (ANEXO B). Assim, iniciamos a pesquisa após o consentimento dos sujeitos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), quando tomaram conhecimento da proposta da pesquisa no que se refere aos seus objetivos, justificativa, riscos e benefícios, bem como deram permissão para divulgação e publicação dos resultados em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais e artigos, garantindo o sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos da pesquisa.

A segunda técnica de coleta de dados foi a **observação sistemática** (APÊNDICE E), que possibilita ao pesquisador uma descrição precisa do objeto investigado, por meio do uso de um instrumento previamente definido (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

Foram realizadas 10 observações, das quais cinco ocorreram no espaço físico das USF pesquisadas e cinco nos domicílios de sua área de abrangência. As observações feitas nas USF tiveram uma média de duas horas de duração; as observações das visitas domiciliares duraram em média 40 minutos.

Esta técnica possibilitou um conhecimento mais aprofundado do objeto de estudo, a partir do confronto entre os depoimentos e o processo de trabalho desenvolvido pelos sujeitos do estudo.

A terceira técnica de coleta de dados é a **análise de documentos** “que visa estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas” (RICHARDSON, 2008, p. 230).

Nesse sentido, selecionamos para análise os documentos discriminados, a seguir, que estão citados no texto pelo seu respectivo número, ou seja, Doc. 1, leia-se documento um, e assim sucessivamente.

Doc. 1 - Plano Municipal de Saúde do município de Jequié (2006-2009);

Doc. 2 - Relatório anual de gestão do município de Jequié exercício 2006;

Doc. 3 - Relatório anual de gestão do município de Jequié exercício 2007;

Doc. 4 - Relatório anual de gestão do município de Jequié exercício 2008.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados utilizamos a Hermenêutica Dialética como método por se configurar “importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas” (MINAYO, 2010, p. 168).

A Hermenêutica, segundo Minayo (2010) inspirada em Gadamer (1999), é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, por

meio da explicação e interpretação das várias formas de diálogo do homem e suas relações cotidianas.

Nesse sentido, a Hermenêutica busca compreender o fenômeno social através do senso comum, da história e vivência de cada sujeito inserido em diferentes contextos social e histórico, partindo do princípio de que a linguagem não é uma estrutura completa da vida social, por isto se fundamenta na necessidade social, cultural e histórica do sujeito e de suas representações coletivas.

Por sua vez, a Dialética busca realizar uma crítica informada dos núcleos obscuros e contraditórios existentes nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, a partir da compreensão das práticas sociais em um contexto histórico das falas, relações e ações (MINAYO, 2010).

Desse modo, a Dialética traz a especificidade de que mudanças e transformações sempre estarão presentes na vida humana, pois nada é eterno e fixo, nada é construído fora da história. Assim, busca valorizar a ligação entre a história e os fatos econômicos, políticos e sociais como forma de explicação da totalidade da existência humana, na qual cada coisa traz em si sua contradição, sendo levada a transformar-se em contrário.

Acreditamos que a Hermenêutica Dialética seja o método que possibilita a compreensão do objeto de estudo, numa perspectiva crítica e reflexiva, por meio da aproximação com as contradições, conflitos, diálogos e ideias que envolvem os diferentes sujeitos que estão relacionados ao processo de trabalho na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial.

Tomando como referência Minayo (2010) e Assis (2003), sistematizamos a análise de dados em três etapas, a seguir explicitada.

1. Ordenação dos dados: neste momento tivemos o primeiro contato com o material empírico, com as transcrições das entrevistas da forma como foram faladas durante as gravações, com posterior leitura geral do material transcrito. Também neste momento organizamos os dados das observações e dos documentos.

Os dados foram organizados em três grupos:

Grupo I – os formuladores da política voltados para a hipertensão arterial no município de Jequié;

Grupo II – os profissionais de saúde que atuam nas USF deste município;

Grupo III – os usuários que são cadastrados na USF do referido município.

2. Classificação dos dados: momento que estabelecemos a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos, sendo realizada a **leitura flutuante e exaustiva** do material proveniente das entrevistas, observações e documentos, o que nos permitiu apreender o conteúdo do material analisado, no intuito de identificar os núcleos de sentido, a partir das idéias centrais do tema em estudo. Esta etapa nos permitiu estabelecer os seguintes núcleos de sentido: **processo de trabalho, produção do cuidado, processo saúde-doença, avanços, limites e perspectivas.**

Posteriormente, no contato exaustivo com as entrevistas e impregnada pelo seu conteúdo, realizamos uma leitura transversal de cada *corpus* e procedemos ao recorte das entrevistas, documentos e observação em termos de núcleos de sentido, conforme os Quadros 4, 5 e 6.

QUADRO 4: Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo I - Formuladores da Política. Jequié-BA, 2010.

Entrevistados/ Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. n...	Ent. 4	Síntese Horizontal ⁷
Processo de trabalho Produção do cuidado Processo saúde-doença Avanços Limites Perspectivas				
Síntese Vertical⁸				

⁷ **Síntese Horizontal:** síntese dos núcleos de sentidos das entrevistas, identificando as convergências, as divergências, o diferente e o complementar.

⁸ **Síntese Vertical:** síntese de cada entrevistado sobre a totalidade dos núcleos de sentido.

QUADRO 5: Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo II – Profissionais de saúde das USF. Jequié-BA, 2010.

Entrevistados/Núcleos de sentido.	Ent. 1	Ent. n...	Ent. 15	Síntese Horizontal
Processo de trabalho Produção do cuidado Processo saúde-doença Avanços Limites Perspectivas				
Síntese Vertical				

QUADRO 6: Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo III – Usuários das USF. Jequié-BA, 2010.

Entrevistados/Núcleos de sentido.	Ent. 1	Ent. n...	Ent. 6	Síntese Horizontal
Processo de trabalho Produção do cuidado Processo saúde-doença Avanços Limites				
Síntese Vertical				

A construção dos quadros para cada grupo de entrevistados e o confronto das sínteses de cada núcleo entre os três grupos nos permitiu estabelecer as categorias e subcategorias.

Em cada quadro foi realizada a síntese horizontal, na qual identificamos os aspectos divergentes, convergentes, complementares e diferentes dos dados empíricos provenientes das entrevistas, observação e documentos analisados. Na síntese vertical, procedemos à síntese global de cada entrevistado, das observações e dos documentos.

Este momento nos possibilitou o estabelecimento de duas categorias empíricas com duas subcategorias, respectivamente.

Categoria 1 – Processo de trabalho das ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial:

- Subcategoria 1.1 - Processo de trabalho das ESF no acompanhamento aos usuários com hipertensão arterial.
- Subcategoria 1.2 - Produção do cuidado: (re) construção da prática dos profissionais de saúde.

Categoria 2 – As interfaces do processo de trabalho no PSF: avanços, limites e perspectivas:

- Subcategoria 2.1 - (Des) caminhos da produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial
- Subcategoria 2.2 – Processo de trabalho das ESF: encontros e desencontros

Mediante o exposto, buscamos confrontar as diferentes informações coletadas das entrevistas, observações e documentos, por meio da técnica de triangulação.

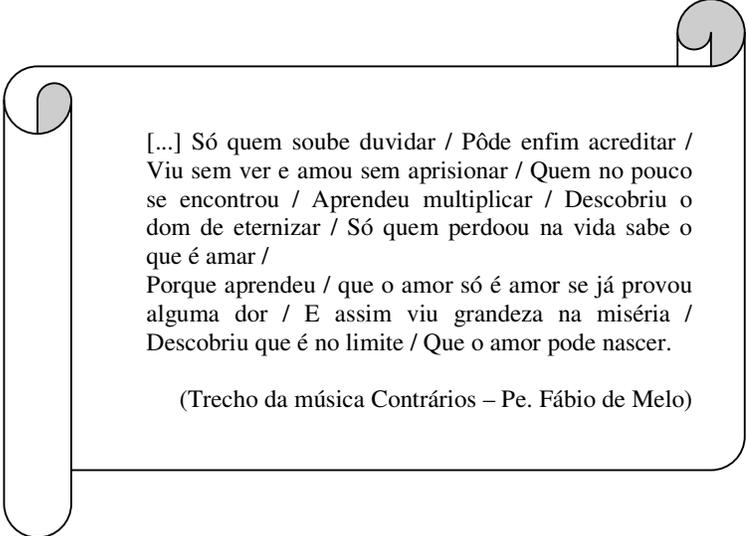
A triangulação dos dados permite melhor precisão na pesquisa, constituindo-se num processo de estimar a validade e viabilidade dos dados, pois a combinação e os cruzamentos múltiplos das informações evidenciam dados que poderiam permanecer escondidos (NOLAN, s/d).

3. Análise final dos dados: na busca por uma maior compreensão do objeto de estudo, procedemos à análise das entrevistas, das observações e dos documentos, com a contribuição de alguns autores e a inserção da pesquisadora que apresenta inquietações sobre a realidade estudada.

Apresentaremos no próximo capítulo os resultados obtidos das entrevistas, bem como das observações realizadas nas USF e dos documentos analisados, a partir dos quais estabelecemos a análise dos dados.

CAPÍTULO IV

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL



[...] Só quem soube duvidar / Pôde enfim acreditar /
Viu sem ver e amou sem aprisionar / Quem no pouco
se encontrou / Aprendeu multiplicar / Descobriu o
dom de eternizar / Só quem perdoou na vida sabe o
que é amar /

Porque aprendeu / que o amor só é amor se já provou
alguma dor / E assim viu grandeza na miséria /
Descobriu que é no limite / Que o amor pode nascer.

(Trecho da música Contrários – Pe. Fábio de Melo)

4.1 CATEGORIA 1 - PROCESSO DE TRABALHO DAS ESF NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nesta categoria empírica abordaremos o processo de trabalho das ESF no acompanhamento aos usuários com hipertensão arterial, com ênfase nos instrumentos utilizados para sua organização, partindo do entendimento de que as Unidades de Saúde devem se configurar em espaço privilegiado para a construção de novas práticas que impulsionem a efetividade do cuidado centrado nas necessidades de saúde da população.

4.1.1 Subcategoria 1.1 – Processo de trabalho das ESF no acompanhamento aos usuários com hipertensão arterial

O processo de trabalho em saúde perpassa por uma atuação articulada com a equipe, de modo que cada ator possa desempenhar o seu trabalho como agente de transformação, com o objetivo de contribuir para a construção da saúde, enquanto produção social e qualidade de vida.

Nesse sentido, a produção do cuidado das ESF aos usuários com hipertensão está diretamente relacionada às práticas cotidianas dos profissionais de saúde, com as ações desenvolvidas pelos formuladores da política e a inserção do usuário como sujeito ativo e pró-ativo para a construção de novas práticas e saberes que possam efetivar uma dimensão cuidadora permeada por uma organização que impulsiona novas subjetividades.

No que se refere à **organização do processo de trabalho**, os depoimentos dos entrevistados 14 e 17, profissionais de saúde, evidenciam a forma como tem sido agendadas as **consultas** aos usuários com hipertensão arterial

Aqui na equipe todos acabam sendo envolvidos [...] na nossa semana típica a gente colocou os turnos de atendimento dos hipertensos [...] o ACS está sempre passando na casa dele, é mais fácil eles estarem vindo porque como são consultas que são agendadas mensalmente, de dois em dois meses ou trimestralmente, a gente perde muito se não tiver esse controle mais rigoroso. Dessa forma o número de faltosos é baixíssimo, até porque se faltou hoje a gente manda avisar o ACS, aí ele vai ser

agendado para mim, vai ser agendado para enfermeira no próximo momento, é prático assim [...] é claro que eu atendo hipertenso outros dias, não é uma coisa fixa, rígida [...] É um atendimento mais demorado, tem que pesar, medir esse paciente, utilizar um tempo maior na orientação [...] (Ent. 14 - Grupo II).

[...] as microáreas mais distantes, a gente tem microáreas aqui (zona rural) de doze quilômetros, dez quilômetros, mas o atendimento de enfermagem chega lá, [...] **a cada dois meses a gente está em uma microárea dessas fazendo o atendimento de enfermagem [...] eles são agendado a cada dois meses e aqueles que se encontram descompensados a gente encaminha para a Unidade [...]** vê a aferição de PA deles, três a quatro dias, e encaminha para o médico mudar ou não, aqueles que estão com a pressão muito alta no momento, o médico entra com mudança de medicação e a gente vai supervisionar através dos agentes comunitários e das técnicas de enfermagem ou do próprio enfermeiro. **Esses pacientes, eles não retornam há dois meses, eles não ficam lá na microárea esperando dois meses, ele é agendado pra Unidade, pra vim com um mês posteriormente,** para a equipe, para a consulta de enfermagem, já que ele teve anteriormente o olhar do médico (Ent. 17 - Grupo II).

Estes depoimentos denotam que as consultas dos usuários com hipertensão ocorrem por meio de turnos específicos, previamente agendados e, caso ocorra necessidade, estes podem ser atendidos em outros horários. Também relata que há uma praticidade nessa organização, em virtude do envolvimento dos profissionais da equipe.

O entrevistado 14, ao relatar que atende o “hipertenso outros dias, não é uma coisa fixa, rígida”, parece-nos que, mesmo com um cronograma a ser seguido para o atendimento, o profissional reconhece que precisa haver uma flexibilização deste cronograma.

Embora o entrevistado 17 evidencie alteração no cronograma de agendamento das consultas, isto é feito apenas se o usuário apresentar elevação da pressão arterial para avaliar o tratamento medicamentoso.

Nesse sentido, a flexibilização da programação do agendamento das consultas está atrelada à elevação dos índices pressóricos, o que nos parece ser uma forma de atendimento mediante a apresentação de sinais e sintomas que possam gerar complicações.

Entretanto, a elevação da pressão arterial do usuário pode estar relacionada a outros aspectos que não são inerentes ao tratamento medicamentoso, mas relacionados à sua subjetividade, ao contexto social, familiar, emocional, entre outros; fato que

também deveria ser considerado relevante para o acesso dos usuários à equipe de saúde fora do dia agendado.

Acreditamos que a organização do processo de trabalho por meio de ações programáticas que predeterminam o dia e horário em que os sujeitos deverão procurar a Unidade de Saúde, o que pode gerar o aprisionamento do trabalho da equipe a um cronograma de atividades que nem sempre está de acordo com a realidade vivenciada pelo usuário.

O cronograma representa o enquadramento da demanda, a forma rude de percepção do usuário-cidadão e de suas necessidades, expressa o exercício de um micropoder que prioriza aspectos organizacionais na organização do cuidado (ANDRADE; FRANCO, 2009).

Por outro lado, Nemes (2000) destaca que as ações programáticas em saúde buscam organizar o trabalho em saúde através do ideal da integração sanitária, com base em tecnologias epidemiológicas.

Entretanto, existem processos de adoecimento que não são capturados pela epidemiologia, como situações estressantes que podem desencadear elevação da pressão arterial em qualquer momento no cotidiano do indivíduo, o que exige um ato acolhedor por parte da equipe de saúde e representa uma limitação das ações programáticas.

Para Fleury-Teixeira (2009), os fatores psicossociais⁹ e as condições de vida apresentam grande relevância nas cadeias causais de diversas doenças, entre as quais destacamos os agravos e doenças não transmissíveis, que estão diretamente relacionados com a qualidade e o caráter das interações sociais.

Assim, os profissionais de saúde devem incorporar em seu fazer saúde uma visão ampliada que contribua para a identificação dos DSS em cada encontro com o usuário, seja na Unidade de Saúde ou fora dela, para que o processo de trabalho desenvolvido possa suscitar uma intervenção adequada à realidade vivenciada pelo usuário.

⁹ **Fatores psicossociais:** estão relacionados com o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, e o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos alcançam ao longo de sua vida e que têm impacto sobre o seu nível de saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Os depoimentos dos entrevistados 21 e 22, usuários, apresentam-se divergentes em relação aos depoimentos dos entrevistados 14 e 17, profissionais de saúde, no que se referem ao impacto que podem ocorrer na situação de saúde dos usuários, devido ao intervalo de tempo entre as consultas

[...] o tempo da gente medir a pressão, porque **o espaço que elas dão, não sei se é dois meses ou é três meses que ela dá**, isso aí eu acharia que poderia ser de dois meses ou um mês. **Eu acho que é muito demoroso pra dois meses** [...] (Ent. 21 - Grupo III).

[...] **esse tempo que a gente tem do intervalo de meses que a gente passa um mês, dois meses, eu acho um pouquinho prolongado porque às vezes a pressão está alta**, controlamos usando o medicamento só que às vezes, em determinado momento a pressão aumenta e com isso [...] a rapidez da doença pra que ela evolua é muito rápido [...] (Ent. 22 - Grupo III).

Nestes depoimentos é perceptível a preocupação dos informantes em relação ao agendamento das consultas, sendo evidenciado que o intervalo entre as consultas pode representar prejuízos à saúde.

Para Franco et al. (2009), as práticas de saúde estruturadas a partir das ações programáticas devem ser avaliadas e revistas de modo a valorizar a subjetividade como questão importante na organização do processo de trabalho da equipe.

Nesse sentido, torna-se importante organizar as consultas aos usuários com hipertensão arterial, de maneira a incorporar o reconhecimento da subjetividade como elemento importante para sua organização.

Com as observações realizadas nas USF pesquisadas, identificamos que, durante o período de funcionamento da unidade, era muito comum a presença de usuários que apresentavam cefaleia, dor na nuca, entre outros sintomas que são inerentes a uma crise hipertensiva. Normalmente, estes usuários se dirigiam à sala de triagem para verificação da pressão arterial e a depender dos valores pressóricos eram encaminhados para a enfermeira ou para o médico da equipe e, caso esse profissional não estivesse presente, chamava-se o SAMU ou eram encaminhados para a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA).

Embora a organização por oferta programática e atendimento à demanda espontânea possibilite que o usuário tenha acesso ao cuidado produzido pela equipe, esta organização apresenta limitações, por depender de que o indivíduo perceba os

sintomas da elevação da pressão arterial e muitas vezes essa elevação não vem acompanhada de sintomas.

O depoimento do entrevistado 9, profissional de saúde, apresenta-se diferente, em relação à organização do agendamento dos usuários.

[...] eles são cadastrados no Programa, depois **eles voltam de acordo com o cronograma para a gente estar fazendo esse acompanhamento [...] não são todos mensais**, não são todos de acordo com a vaga, **esse agendamento é feito de acordo com a classificação de risco**, se ele tem co-morbidade, se ele tem a pressão moderada [...] isso favorece um pouco a adesão dele porque **aquele hipertenso que não tem co-morbidade, que tem hipertensão leve ele pode vir daqui a três meses**, se ele não tiver nenhuma intercorrência nesse período, ele vem todo mês porque a gente não libera a medicação para três meses por causa da quantidade da medicação que não seria suficiente, mas ele pega para um mês e no mês seguinte ele pode ir direto na farmácia com o cartãozinho que a gente tem e fica pegando a medicação até o retorno da consulta [...] **a gente procura separar por microárea**, mas tem grupos que, como a gente fez os critérios de riscos isso, tem grupo que tem duas micro-áreas, tem grupo que tem três. **É a necessidade do usuário e não apenas do serviço, o serviço se adaptou à necessidade do cliente** (Ent. 09 - Grupo II).

A organização do agendamento das consultas apresentada pelo entrevistado 9 evidencia que este é realizado sempre que possível, a partir da observação dos usuários que residem na mesma microárea e também traz a ideia de classificação de risco apresentada pela estratificação de risco do Ministério da Saúde, no qual as pessoas com hipertensão são classificadas em grupo de risco baixo, médio, alto e risco muito alto.

As pessoas de **risco baixo** são homens com idade menor de 55 anos e mulheres com idade abaixo de 65 anos, com hipertensão arterial classificada como de grau I, que apresenta níveis da PAS de 140 a 159 mmHg ou PAD de 90 a 99 mmHg e sem fatores de risco associados; o grupo de **risco médio** é constituído por pessoas com hipertensão arterial classificada como grau I, com PAS de 140 a 159 mmHg ou PAD de 90 a 99 mmHg ou hipertensão arterial classificada como grau II, com PAS de 160 a 179 mmHg ou PAD de 100 a 109 mmHg, com um ou dois fatores de risco cardiovasculares; o grupo de **risco alto** inclui pessoas com hipertensão grau I ou II, que possuem três ou mais fatores de risco ou pessoas com hipertensão classificada como grau III, com PAS maior ou igual a 180 mmHg ou PAD maior ou igual a 110

mmHg, sem fatores de risco; e o grupo de **risco muito alto** são aquelas pessoas com hipertensão classificadas como grau III, que possuem um ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta (BRASIL, 2002a).

O entrevistado 9 afirma que a organização do agendamento por classificação de risco trouxe benefícios aos usuários, pois “é a necessidade do usuário e não apenas do serviço, o serviço se adaptou à necessidade do cliente”.

Podemos questionar, a partir desta afirmação, se a necessidade do usuário será atendida apenas pelo fato das consultas serem organizadas a partir da priorização de critérios biológicos, pois poderá estabelecer uma configuração que não propicie uma relação entre essa organização e a criação de um espaço de diálogo entre usuário e equipe de saúde na produção do cuidado que leve em consideração suas condições de vida e saúde, bem como sua subjetividade.

O reconhecimento e o atendimento das necessidades de saúde dos usuários ainda é um desafio para os profissionais do PSF, uma vez que a estruturação dos serviços ainda tem por referência o modelo biologicista, priorizando o corpo biológico (NERY, 2006).

Durante as observações no campo do estudo não conseguimos perceber uma diferença significativa entre as equipes que organizam as consultas pela classificação de risco e as equipes que não utilizam essa classificação. Identificamos como um aspecto comum entre as ESF que os procedimentos realizados buscam atender às orientações de protocolos ministeriais, entretanto, alguns profissionais não utilizam o diálogo como possibilidade para reconhecer as necessidades de saúde dos usuários, na perspectiva de um cuidado que não se restrinja aos fatores biológicos.

Ainda que os profissionais utilizem os protocolos para direcionar suas ações, o trabalho em saúde não se limita a eles, pois as situações que emergem do cotidiano são sempre singulares, em condições únicas, com usuários diferentes e desdobramentos diversos (GOMES et al., 2010).

Desse modo, os aspectos subjetivos do cuidado não inviabilizam a aplicação dos protocolos, ao contrário, poderá ampliar sua capacidade resolutiva, a partir do reconhecimento das nuances presentes no cotidiano do usuário, ao tornar cada

encontro numa oportunidade ímpar de conhecê-lo como um sujeito singular, com vivências e histórias, não se restringindo apenas aos aspectos da doença ou de agravos.

Em nossas observações, parece-nos que houve falta de diálogo quando um usuário disse à técnica de enfermagem (responsável pela triagem) que necessitava falar com a médica, contudo, esta profissional informou que ele não poderia ir para a consulta médica, que ele iria para a consulta com a enfermeira. A profissional explicou que, embora seja o dia destinado a atender o hipertenso, a médica iria atender algumas urgências de gestante e criança, o que completaria a quantidade de usuários que seriam atendidos pela médica. O usuário reclamou que havia mais de quatro meses que não passava pela médica e que ele teria muita necessidade de realizar uma consulta com a mesma. Após essa conversa, a técnica de enfermagem o encaminhou para consulta com a médica da equipe.

Assim, parece-nos que ainda há uma preocupação em não exceder o número de consultas para os médicos, mesmo que o usuário sinalize que necessita do atendimento. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar atentos para que o número de consultas não seja uma barreira para atender às necessidades de saúde da população.

Por outro lado, o entrevistado 12, profissional de saúde, demonstra uma prática que valoriza as necessidades apresentadas pelos usuários independente do cronograma da USF

[...] no consultório odontológico tem uma marcação prévia, mas gestante, hipertenso e diabéticos têm exceção, **chegou, precisou, a gente dá providência de resolver o problema, não precisa agendar para tão longe, porque é uma necessidade** [...] (Ent. 12 - Grupo II).

Este depoimento denota que a organização do agendamento das consultas odontológicas não é obstáculo para atender às necessidades apresentadas pelo usuário, o que irá contribuir com a criação de vínculo entre os sujeitos envolvidos.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde que se organiza na lógica 'usuário-centrada' permite a construção cotidiana de vínculo e estreitos compromissos entre profissionais de saúde e usuários (MERHY, 2002).

Os depoimentos dos entrevistados 21 e 23, usuários, são convergentes ao depoimento do entrevistado 12, profissional de saúde, ao demonstrar que a equipe de saúde valoriza a necessidade do usuário independentemente do agendamento das consultas.

[...] Eu vou, chega lá ela mede a pressão e marca daquele dia a dois meses, me dá o remédio já certo, já na contagem daquele dia, se acontecer faltar eu vou lá e peço o remédio e elas me dão [...] **às vezes falta o remédio de pressão que termina que não ta no dia certo de eu passar por ela, eu vou lá ela mede a pressão, pega o cartão, anota e me dá aquele tanto de remédio até o dia de eu ir [...] Porque eles não deixa faltar porque eles sabem que o hipertenso não pode ficar sem o comprimido, né?** (Ent. 21 - Grupo III).

[...] ela (enfermeira) sempre olha tudo, dá muito conselho também, a dieta e quando precisa ela mesmo passa pra gente passar pelo médico [...] **mas se precisar pode vir antes, qualquer hora, qualquer hora o médico atende [...] muitas vezes quando a gente chega doente marca todo mundo, não precisa esperar, atende logo** (Ent. 23 - Grupo III).

Os depoimentos evidenciam que a equipe de saúde realiza o atendimento caso necessite ou falte o medicamento antes da data prevista para a consulta.

Assim, o fornecimento da medicação não pode ser compreendido como o elemento que irá assegurar o sucesso do acompanhamento do usuário. Na verdade, ele se constitui em um dos elementos do tratamento da hipertensão que junto à produção do cuidado humanizado com ações intersetoriais poderá impulsionar mudanças no estilo de vida desses usuários e refletirá em sua qualidade de vida.

A produção do cuidado aos usuários com hipertensão, com ênfase na atuação da equipe de saúde, deve buscar maior aproximação entre os sujeitos envolvidos em um processo comum de trabalho, na perspectiva de uma ação que possa significar benefícios à saúde dos usuários.

Nessa perspectiva, evidenciamos nos depoimentos dos entrevistados 9, 16 e 17, profissionais de saúde, a importância do trabalho em equipe no cuidado aos usuários com hipertensão arterial.

[...] **a estratégia de atendimento ao hipertenso é uma estratégia de equipe** também, a equipe está voltada para isso, o médico está voltado para o atendimento do Hiperdia, o enfermeiro, as técnicas uma está ali olhando a pressão, a outra já está pegando eles e fazendo a vacina, o agente administrativo ajuda a fazer a chamada, ajuda na anotação do prontuário, **tem todo o trabalho da equipe envolvida no processo, é um trabalho de equipe mesmo** (Ent. 9 - Grupo II).

[...] enfermeiro, médico, enfim, **toda a equipe está realmente envolvida** na questão de melhores condições de vida para nossas famílias [...] (Ent. 16 - Grupo II).

[...] **temos todo o trabalho, que não envolve só a equipe de enfermagem, como médico, odontólogo, os agentes comunitários** [...] todos estão sensibilizados no processo de orientação, se o hipertenso passa pelo enfermeiro no atendimento do Hiperdia ele tem orientação, se passa pelo médico, o médico retoma e se precisar passar pela exodontia o odontólogo vai estar passando essas informações para ele (Ent. 17 - Grupo II).

Os depoimentos dos entrevistados 9, 16 e 17 denotam que o processo de trabalho junto aos usuários com hipertensão é desenvolvido pelos profissionais da USF, sendo que o entrevistado 9 relata a presença do trabalhador que atua na área administrativa da Unidade, como alguém que contribui na organização do atendimento.

Embora esses depoimentos enfatizem a realização de um trabalho de equipe, parece-nos que os entrevistados o relacionam ao fato de que, no dia do atendimento aos usuários com hipertensão, há uma divisão de atribuições para cada membro da equipe, em que cada um desenvolve uma atividade específica inerente à sua formação.

Para Fortuna et al. (2002), a despeito das parcelas do trabalho que compete a cada profissional, cada um vai tentando definir e moldar esse fazer, que não contribui com a responsabilização e sim com a fragmentação do processo de trabalho.

A falta de integração entre os profissionais de saúde pode até mesmo favorecer a realização do trabalho de forma parcelar, ou seja, cada profissional faz a ‘parte’ que entende ser de sua competência, muitas vezes sem integração das ações que são dirigidas ao mesmo usuário, sendo difícil visualizar se a intervenção tem se traduzido em melhor qualidade para sua vida.

Isto foi evidenciado durante a observação de uma visita domiciliar a uma idosa acamada, com diagnóstico de hipertensão arterial. O profissional enfermeiro aferiu a pressão arterial e constatou que estava elevada; a idosa mostrou a receita com a prescrição do médico da equipe e disse que ele havia mudado sua medicação, há mais ou menos 15 dias, e depois dessa alteração não estava se sentindo bem. Ao ler a prescrição, o enfermeiro constatou a mudança e demonstrou insatisfação por não ter sido discutido (ou pelo menos comunicado) de que seria feita essa mudança.

Nesta situação, percebemos que houve a intervenção dos profissionais (médico e enfermeiro) com seus saberes específicos, todavia não houve uma integração entre esses saberes, o que propiciou uma intervenção fragmentada, sem a efetiva existência de um trabalho de equipe que discuta e construa juntamente com os usuários uma forma mais adequada de produzir o cuidado.

Por sua vez, os depoimentos dos entrevistados 21, 22 e 23, usuários, destacam o ACS e o enfermeiro como **agentes** do processo de trabalho:

[...] **A minha agente de saúde, que vai na casa da gente, também é ótima**, ela sempre passa aqui pra olhar o cartão, pra ver se tá vencido, pra eu não perder a data de eu ir, pergunta se os remédios tá bom, se tem ainda, que dia eu vou passar pela médica, às vezes eu nem sei o dia, ela passa e diz [...] (Ent. 21 - Grupo III).

[...] **Só conheço elas** (enfermeira e ACS) [...] **eu tenho o auxílio só delas** [...] ela (enfermeira) vai lá em casa saber se eu estou tomando o remédio direitinho [...] (Ent. 22 - Grupo III).

[...] **A agente comunitária de lá, ela vai sempre nas casas da gente pra vê como a gente tá** (Ent. 23 - Grupo III).

Os depoimentos desses usuários demonstram que o ACS e o enfermeiro em seu processo de trabalho utilizam a visita domiciliar como meio de identificar a regularidade do uso da medicação e assegurar que os usuários frequentem regularmente as consultas realizadas na USF, como também que estes profissionais representam um “auxílio” para o cuidado com a sua saúde, fato que nos leva a refletir se o processo de trabalho dos profissionais de saúde busca a construção da cidadania dos usuários, a partir da formação de uma consciência crítica que propicie o entendimento de que a saúde é um direito e, portanto, deve estar voltada para a satisfação de suas necessidades de saúde.

O reconhecimento da saúde como direito de cidadania perpassa pelo trabalho em saúde compartilhado, com humanização, realizado por uma equipe que tenha a característica central de trabalho coletivo e complexo, no qual a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Durante as observações realizadas nas USF, não conseguimos perceber interação significativa entre todos os profissionais que desenvolvem o cuidado aos usuários com hipertensão. Por conseguinte, o enfermeiro e ACS, demonstraram maior

interação no planejamento, execução e avaliação das ações voltadas para esses usuários.

Os depoimentos dos entrevistados 11 e 15, profissionais de saúde, convergem com os depoimentos dos entrevistados 21, 22 e 23, usuários, ao destacar a presença do profissional enfermeiro.

[...] Aqui tem pacientes que passa pela odontologia, ele identifica e já encaminha pra cá [...] **eu sou a pessoa responsável pelo Hiperdia** [...] (Ent. 11- Grupo II)

A gente também acompanha, já tem o médico, **o enfermeiro que acompanha, porque passa pelo médico, mas depois é o enfermeiro que acompanha essas pessoas** [...] então a gente faz o dia a dia acompanhando eles [...] (Ent. 15 - Grupo II)

Nestes depoimentos percebemos que a atuação do enfermeiro na produção do cuidado aos usuários tem se destacado em relação aos demais membros da equipe.

Segundo Nascimento (2003), o PSF propõe a organização dos serviços em sua dimensão individual e coletiva para intervir no processo saúde-doença, ao passo que proporciona ao enfermeiro a possibilidade de uma atuação abrangente, em virtude da articulação de sua competência técnica e do conhecimento sobre o uso da epidemiologia e do planejamento no cotidiano de seu trabalho.

Portanto, estes atributos, aliado ao uso das tecnologias leves, permitem ao enfermeiro uma aproximação com o usuário, família e comunidade, o que se traduz em uma atuação profissional condizente com as necessidades de saúde destes.

Não obstante, o processo de trabalho da equipe de saúde deve buscar o envolvimento de todos os seus membros para que não ocorra uma sobrecarga de responsabilidades para alguns profissionais, o que pode gerar a falta de compromisso de outros profissionais que compõem a equipe. Tal situação gera obstáculos à integralidade do cuidado, com fragmentação deste e não atendimento às expectativas dos usuários.

Ainda no que se refere a organização do processo de trabalho, identificamos que a **visita domiciliar** tem se constituído em um instrumento que possibilita a compreensão dos diversos fatores presentes à vida dos usuários e como estes

interferem no seu processo de adoecimento, no intuito de construir meios que possibilitem uma vida saudável.

O PSF por se tratar de um programa de saúde dirigido à família exige que a equipe de saúde conheça a comunidade, seu modo de vida, sua cultura, crenças, comportamentos, entre outros. Para tanto, a visita domiciliar pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão das condições de vida e saúde da população (PIRES, 2007).

Os depoimentos dos entrevistados 6 e 7, profissionais de saúde, valorizam a visita domiciliar realizada pelo ACS como forma de identificar situações que necessitam da intervenção de outros profissionais da equipe:

[...] para mim **é importante o Agente Comunitário todo mês estar vendo aquela pessoa resistente, ou aquela pessoa faltosa** [...] eles acabam me passando e eu também acabo fazendo algumas visitas [...] **quando eu vejo que faltou duas vezes seguidas, na terceira eu já vou na casa** [...] (Ent. 6 - Grupo II).

[...] eu vou pra área visito os hipertensos todo mês [...] eu chego na casa, **vejo se ele está fazendo dieta, tomando a medicação certa, fazendo exercício físico, aí eu oriento** [...] peço **os medicamentos olho se está tudo certinho** [...] no caso tem hipertensos que não pode andar aí a gente tem que ir na casa [...] eu vou marco a visita [...] Aí ela (enfermeira) vai verifica a pressão [...] **A gente faz essa visita para quem é acamado, mas quem não é acamado eu faço a visita, no dia deles vir no posto eu aviso um dia antes** [...] a gente orienta para eles cuidar da saúde [...] A gente vai e orienta que não pode estar faltando as consultas que é muito importante [...] (Ent. 7 - Grupo II).

O depoimento do entrevistado 23, usuário, converge com estes depoimentos ao explicitar os motivos que levam a equipe de saúde a realizar as visitas domiciliares:

[...] **As pessoas de idade que não pode vir, eles vão na casa, porque eles tem problema de velhice ou não pode andar** [...] (Ent. 23 - Grupo III).

Assim, a realização da visita domiciliar é evidenciada por esses entrevistados como uma atividade que faz parte do processo de trabalho das ESF, com estreita ligação à rotina de trabalho do ACS. Para os demais profissionais da equipe, a visita está relacionada à impossibilidade de deslocamento por parte do usuário ou a identificação de situações que exijam uma intervenção mais específica.

As visitas podem ser consideradas como a ‘porta de entrada’ da equipe de saúde ao ambiente onde há a possibilidade de perceber o convívio entre os membros da família, no intuito de identificar as possíveis relações de interação, ajuda mútua, conflitos, entre outros, para que se busque o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva da família em relação a sua situação de saúde, a partir do contexto social e histórico.

Contudo, a visita domiciliar não pode se restringir ao caráter biológico apresentado pelo indivíduo nem pelo monitoramento do cumprimento de regras predeterminadas pela equipe de saúde. Embora esta se constitua em uma atividade do PSF que se realiza no espaço familiar, muitas vezes as normas e procedimentos são definidos à revelia da família (TRAD, 2010).

Pudemos constatar essa afirmativa durante nossa observação em campo, oportunidade em que alguns profissionais responsáveis pela visita não direcionavam suas ações para uma construção participativa dos membros da família, com o propósito de estimular a sua responsabilização pelo cuidado e à ampliação de sua visão sobre os determinantes que interferem no processo saúde-doença, dissociando o contexto social e político desse processo. Tal situação pode interferir no reconhecimento do usuário como sujeito de transformação da sua realidade, o que ocasiona um trabalho fragmentado, que não valoriza as potencialidades e subjetividades dos sujeitos.

Para Nakamura, Gutierrez e Cohn (2009), as atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, que são diretrizes do PSF, estão sendo desenvolvidas como uma simples expansão das atividades das USF para os domicílios, por meio dos ACS, que passam a exercer a função de mediadores entre a unidade de saúde e a comunidade.

Assim, há a necessidade de se superar o caráter reducionista que pode negligenciar o amplo espaço de intervenção que se encontra em cada família visitada, para que o fazer saúde não se deixe aprisionar por ações que não se traduzam em uma tentativa de atenção humanizada e integral.

O depoimento do entrevistado 13, profissional de saúde, apresenta-se diferente ao evidenciar o trabalho de prevenção realizado pelo odontólogo.

[...] Quando eu visito acamado, **geralmente nossos acamados são um reflexo da hipertensão arterial, porque às vezes sofreu um AVC** [...] eu faço a minha avaliação oral, bucal, a gente orienta a higiene porque não podem vir à Unidade [...] **a gente faz avaliação sobre a prótese mal adaptada que pode chegar até um câncer de boca** [...] (Ent. 13 - Grupo II).

Nesse depoimento, percebemos uma atuação voltada aos usuários que tiveram complicações originadas pela hipertensão, com o objetivo de prevenir o surgimento de outras doenças que poderão trazer sérios prejuízos físicos e emocionais à vida destes e de sua família.

Estas iniciativas representam a tentativa de construção de um modelo de atenção, a partir do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, com o enfoque educativo e dialógico, na perspectiva da produção do cuidado centrado em ações realizadas por uma equipe multiprofissional, na qual os diferentes saberes contribuem para a qualidade de vida da população.

A nosso ver, a visita domiciliar deve ser realizada com base na liberdade de escolha das famílias em receber ou não os profissionais da equipe, bem como devem ser motivadas por situações que expressem a necessidade de diferentes olhares sobre o contexto familiar, de maneira a estabelecer um processo de trabalho comprometido com a integralidade do cuidado e da defesa da vida.

Para que isso ocorra, o usuário precisa encontrar na equipe de saúde um espaço aberto ao diálogo para compartilhar suas vivências, alegrias, medos e expectativas, seja no domicílio seja na unidade de saúde.

Além da visita domiciliar, constatamos que a realização de **atividades educativas** se constituem em ações que compõem o processo de trabalho das ESF do município de Jequié, evidenciada no depoimento do entrevistado 9, 13 e 17, profissionais de saúde.

[...] os hipertensos que são cadastrados são feitas outras atividades que são fora a consulta e **as atividades educativas que é sala de espera e o grupo de hipertenso que na verdade é um grupo com hipertensos e diabéticos** [...] (Ent. 9 - Grupo II).

[...] a gente faz **sala de espera, dando orientações, tem as palestras, tem o grupo e tem as orientações além de ter nos próprios consultórios** tanto da médica quanto da enfermeira [...] (Ent. 13 - Grupo II).

[...] Tem a **orientação da consulta, mas tem as orientações preliminares, nos bastidores da própria Unidade, nas ruas**, que chega com uma dúvida e a gente sempre pronto para estar esclarecendo [...] **a gente realiza atividade educativa [...] tem o processo educacional nas escolas também**, a gente trabalha com esses alunos para que esses alunos estejam monitorando seus pais ou avós, dentro de casa, no domicílio [...] (Ent. 17 - Grupo II).

Esses depoimentos denotam a realização de atividade educativa por meio de sala de espera, atividade de grupo, palestras e orientações individuais.

O depoimento do entrevistado 17, evidencia que a atividade de educação em saúde acontece no ambiente escolar, trazendo a ideia de articulação intersetorial. A partir da realização dessa atividade nas escolas há a oportunidade de contribuir com os estudantes para que os mesmo atuem como multiplicadores no cuidado com a saúde de seus familiares.

Para Nascimento (2003), a prática de educação em saúde precisa vislumbrar algumas possibilidades de transformações que permita uma maior aproximação com as famílias para conhecer seu modo de vida e utilizar técnicas que permitam uma participação ativa na construção do conhecimento em saúde.

Assim, a iniciativa de envolvimento de familiares por meio do espaço escolar se constitui em uma forma de prevenção que pode suscitar mudanças no estilo de vida das pessoas que são hipertensas (que seria a prevenção de complicações) como também nos jovens estudantes (prevenção da doença). Tais iniciativas, se também forem realizadas na perspectiva de promover a autonomia dos sujeitos, poderão contribuir com a reflexão crítica sobre sua inserção no contexto social, com seus aspectos culturais, emocionais, sociais, econômicos e políticos, no intuito de possibilitar o entendimento dos aspectos que muitas vezes condicionam e determinam a saúde da população.

Para que isso ocorra há de se utilizar metodologias capazes de suscitar nos usuários a necessidade de transformações sobre seu modo de vida, o que contribui para a elaboração de estratégias que permitam o enfrentamento de situações que dificultam o cuidado com sua saúde.

O depoimento do entrevistado 19, profissional de saúde, apresenta-se diferente, ao suscitar reflexões sobre a forma como estão sendo realizadas as atividades

educativas, bem como reforça o argumento de que o acolhimento e a valorização das subjetividades devem estar presentes nessas atividades.

[...] não adianta nós profissionais de saúde dizer você não pode comer sal, não pode comer gordura, não pode isso, não pode aquilo, a gente fica limitando eles o tempo todo, né? E a gente acaba um pouco, pelo tempo também, adentrando mais na vida deles, ‘porque o senhor come sal?’, a gente chama a atenção para essa vontade de comer sal, gordura. ‘O que o senhor tem disponível na sua casa?’ **Saber um pouco da realidade dele, porque muitas vezes não fazem, eles chegam aqui e dizem ‘eu estou fazendo minha dieta’. Só que em casa não fazem [...]** Então esse momento (atividade de grupo) que nós procuramos fazer é importantíssimo [...] porque são carentes de uma palavra de motivação, de contato, de falar sobre o amor, sobre a família, da importância deles [...] (Ent. 19 - Grupo II).

Neste depoimento percebemos o questionamento sobre a postura dos profissionais ao centrarem suas orientações em proibições que chegam a limitar a vida dos usuários com ‘regras e normas’ sem buscar conhecer a realidade social em que estes sujeitos estão inseridos. Daí a necessidade de se conhecer o contexto familiar para intervir de forma efetiva, mediante as necessidades de saúde encontradas.

Tais aspectos também foram evidenciados durante a observação de atividade educativa realizada na USF, cujo tema discutido foi “alimentação saudável”, contou com a participação de quatro profissionais de saúde e 11 usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes. No decorrer da atividade os usuários ficaram na maior parte do tempo calados, distantes uns dos outros e da profissional que conduzia o processo. Não houve por parte dos usuários uma participação efetiva, limitaram-se a ouvir os passos para uma alimentação saudável e algumas formas alternativas de preparo da alimentação com base em um livro de alimentação alternativa. Ao término da explanação, a profissional de saúde perguntou se os usuários tinham dúvidas, eles responderam que não e se retiraram.

Durante a atividade educativa, foi possível detectar, de maneira geral, que não houve interação de saberes entre os usuários e destes com os profissionais de saúde, que não valorizou o potencial dos usuários e dos demais profissionais presentes, fato que dificultou o compartilhamento das vivências e saberes, bem como não houve discussões e reflexões sobre estratégias para se efetivarem mudanças nos hábitos alimentares dos sujeitos envolvidos na atividade educativa.

Desse modo, as atividades de cunho educativo precisam aproximar os usuários e profissionais, com o intuito de superar o entendimento reducionista no qual os profissionais são os detentores do saber e os usuários receptores de informações, para que ocorra uma verdadeira abertura com discussão para uma forma mais abrangente de se entender a saúde.

Por conseguinte, no desenvolvimento de atividades educativas, os profissionais das ESF necessitam desenvolver um processo dialógico com os usuários de maneira a apreenderem as necessidades demandadas pelos mesmos e realizarem atividades, a fim de oportunizarem aos mesmos uma maior compreensão para fazerem suas interlocuções na interação com a equipe de saúde.

O depoimento do entrevistado 19 também nos alerta para a necessidade de se trabalhar a atividade educativa na perspectiva da subjetividade dos sujeitos “porque são carentes de uma palavra de motivação, de contato, de falar sobre o amor, sobre a família, da importância deles”.

A produção de saúde como relação entre sujeitos – profissionais de saúde e usuários – suscita compromisso entre estes e o usuário, que deve ser acolhido e assumido pela equipe, de modo que a finalidade principal do serviço seja a defesa da vida. Contudo, esta relação pressupõe o encontro de diferentes subjetividades, no qual o profissional deve estar sensível para o diálogo entre a equipe e os usuários, caso contrário não haverá norma institucional capaz de garantir o acolhimento do usuário e a responsabilização pela produção do cuidado (PIMENTA, 2000).

É preciso se investir no potencial das tecnologias leves, por meio do diálogo e do acolhimento para que o processo de trabalho das equipes de saúde ultrapasse a simples execução de atividades para cumprir algo que foi estabelecido por normas e protocolos, e acreditar de fato que seu fazer saúde tem potencial para ser agente de um processo que suscite transformações na vida das pessoas, com base no compromisso ético do cuidado.

Entretanto, uma atuação profissional direcionada ao cuidado integral exige um processo de educação permanente voltado à transformação de suas práticas e do processo de trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde em que atuam, e as

demandas inerentes a este processo devem partir dos anseios, particularidades e necessidades vivenciadas no ambiente de trabalho.

Nessa perspectiva, no ano de 2009, foi iniciado o processo de implantação das Linhas de Cuidado no município de Jequié por meio do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, de maneira a instrumentalizar alguns profissionais das ESF para atuarem no final do curso como multiplicadores dos demais profissionais sobre a nova lógica do processo de trabalho, em conformidade com a proposta das Linhas de Cuidado (JEQUIÉ, 2010).

Ressaltamos que a implantação das Linhas de Cuidado requer a garantia da produção do cuidado integral e principalmente a superação do nó crítico do sistema de saúde que também está relacionado com a oferta dos serviços de média e alta complexidade e da efetivação da intersetorialidade.

A implantação da linha de cuidado deve ainda garantir a disponibilidade de recursos para ampliar a oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, com ênfase nos seus fluxos e contratos do setor privado; assegurar fluxos assistenciais centrados no usuário; ter instrumentos que garantam uma referência segura aos níveis de complexidade do sistema de saúde; garantir a contra-referência às unidades básicas de saúde de maneira a consolidar o vínculo e acompanhamento permanente entre a ESF e os usuários, o que possibilitará a ESF responsabilizar-se pelo projeto terapêutico implementado para cada usuário; gestão colegiada com envolvimento dos diversos atores que controlam os recursos assistenciais e garantir que a intersetorialidade seja a política estruturante do sistema de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

O processo de trabalho das ESF do município de Jequié está fortemente relacionado às ações programáticas, sendo a proposta das Linhas de Cuidado um processo em construção que para se efetivar necessita de mudanças estruturais da rede municipal de saúde.

O depoimento do entrevistado 14, profissional de saúde, apresenta-se diferente ao questionar a viabilidade da implantação das Linhas de Cuidado no município de Jequié:

[...] hoje em dia até **pelas Linhas de Cuidado a sugestão é a gente ter uma agenda aberta que a gente possa estar trabalhando com Hipertensão a qualquer momento, a gente observa que isso não é muito viável** [...] acho que facilita você organizar um turno do que você estar colocando esse paciente no meio de um monte de criança gritando aí fora [...] (Ent. 14 - Grupo II).

Esse depoimento retrata que as ações programáticas se constituem em forma mais adequada para a organização do cuidado direcionado aos usuários com hipertensão.

Acreditamos que as ações programáticas apresentam um caráter rígido no modo de se produzir o cuidado, pois restringe o usuário a oferta de um elenco de serviços que nem sempre é capaz de atender as necessidades de saúde da população, o que imprime limitações na produção do cuidado na perspectiva da integralidade.

As Linhas de Cuidado prevêm a estratificação de risco para categorizar o risco à saúde em estratos, a partir da análise dos diferentes níveis longitudinais de diferentes comorbidades, estilos de vida, condições socioeconômicas, graus de educação formal, redes sociais de apoio e autonomia, entre outros. Assim, procura estratificar para organizar as ações de saúde, por entender que não é adequado agendar todas as pessoas como se fossem todas iguais ou se tivessem a mesma situação e necessidades (BAHIA, 2009b).

A nosso ver, a implementação da estratificação de risco para atingir impacto na saúde da população precisa realmente considerar as condições de vida e a subjetividade do sujeito, a fim de não restringi-la aos aspectos biológicos que envolvem a hipertensão arterial.

Caso o processo de trabalho das ESF seja direcionado pelo cumprimento de normas e rotinas, não será o modelo de atenção implementado que conseguirá permitir inovações na produção do cuidado. Independente de ser estruturado pelas ações programáticas ou pelas Linhas de Cuidado há a necessidade de que os profissionais de saúde reconheçam que suas práticas podem impulsionar novas referências, a partir de sua capacidade cuidadora.

4.1.2 Subcategoria 1.2 - Produção do cuidado: (re) construção da prática dos profissionais de saúde

Quando os encontros entre profissionais e usuários ultrapassam o caráter normativo de aplicação de protocolos e procedimentos há a abertura para a dimensão cuidadora que todo profissional deveria evidenciar em seu fazer saúde, para impulsionar a interação de novos saberes e de novas práticas nas ações coletivas e sociais.

A subjetividade e a dignidade humana devem ser vivenciadas e defendidas como um direito inalienável, tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde, o que possibilitará a ampliação de suas ações para além de um trabalho técnico e hierarquizado, um trabalho com interação social, com maior 'horizontalidade e flexibilidade' dos diferentes saberes, maior criatividade dos agentes e maior integração da equipe e dos usuários (COELHO; JORGE, 2009).

Convém evidenciarmos que o processo de trabalho deve ser direcionado pelas tecnologias em saúde, sobretudo pelas tecnologias leves, no intuito de potencializar o relacionamento entre profissionais e usuários, para que o encontro destes no interior dos serviços de saúde, no domicílio ou no território de abrangência das USF, sejam momentos valorizados para a abertura da produção subjetiva dos sujeitos.

Por conseguinte, os depoimentos dos entrevistados 14, 16 e 17, profissionais de saúde, evidenciam a existência de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários:

Não tem como não ter vínculo porque já são quase cinco anos de convivência, **a gente cria esse vínculo não só com o hipertenso, mas com a família dele**, ele é hipertenso, mas a filha fez pré-natal, o neto está no CD [...] não tem como não ter esse vínculo com eles [...] (Ent. 9 - Grupo II).

[...] **Eu acho que o vínculo existe [...] não tenho dúvida que exista [...]** A gente consegue ter uma abertura com nossos usuários e eu acredito que existe um bom canal de comunicação entre a comunidade e a Unidade [...] (Ent. 14 - Grupo II).

[...] **todos os pacientes têm um elo muito bom entre comunidade e Unidade de Saúde** e isso vem a contribuir muito com o trabalho que tem se desenvolvido justamente por esse elo, por esse entendimento entre Unidade e comunidade. (Ent. 16 - Grupo II).

[...] O vínculo aqui com a equipe de saúde com a comunidade é bastante intenso [...] (Ent. 17 - Grupo II).

Estes depoimentos retratam a criação do vínculo no processo de trabalho das ESF, reforçam que o vínculo fortalece o elo entre os usuários e equipe de saúde, estreitam laços e propicia a produção do cuidado que tenha como princípio básico a humanização.

O estabelecimento de vínculo também contribui significativamente para melhor compreensão das condições de vida e saúde da população e suscita a construção de compromissos e corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais envolvidos em um processo comum de trabalho.

No depoimento do entrevistado 9, também foi enfatizado que “a gente cria esse vínculo não só com o hipertenso, mas com a família dele, ele é hipertenso, mas a filha fez pré-natal, o neto está no CD”, o que nos remete à aproximação da família com os atendimentos realizados na USF.

Para Sarti (2010), há a necessidade de se tomar a família como foco da atenção à saúde, a partir do reconhecimento da importância de seu contexto social e da abertura de possibilidades de construção de práticas de saúde com base no diálogo.

Nesse sentido, a construção de uma relação dialógica pressupõe a possibilidade de abertura para o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários/família, na perspectiva da valorização das subjetividades e do compartilhamento de vivências, experiências e saberes, que podem impulsionar um cuidado humanizado e resolutivo.

A relação entre profissional e usuário é uma relação entre sujeitos que podem ser produtores de saúde, e requer a superação do padrão tradicional em que um é o sujeito e o outro é o objeto da intervenção (FRANCO; MERHY, 2007).

É preciso superar o caráter de submissão que muitas vezes está presente na produção do cuidado, no qual os profissionais se mostram aprisionados a regras preestabelecidas e os usuários se veem na obrigatoriedade de ouvir e tentar reproduzir orientações que muitas vezes não se enquadram em suas necessidades, aspirações ou mesmo possibilidades de cumpri-las. Ficamos até mesmo a refletir se a forma como é conduzida a produção dos atos de saúde retratam realmente aquilo que o usuário está a procurar em cada encontro com o profissional.

Nos depoimentos dos entrevistados 7, 15 e 17, profissionais de saúde, foi evidenciado o relacionamento dos ACS com os usuários:

A minha relação é muito boa porque eu fui criado aqui, há muito tempo eu moro na área, todo mundo me conhece desde pequeno [...] o nosso relacionamento é muito bom [...] **A nossa relação é de confiança, porque tem pessoas que têm um problema e fica acanhado de falar, mas com os agentes comunitários eles têm aquela confiança, sabe? A gente faz o nosso trabalho com sigilo, a gente [...] tem que estar conversando e orientando, para eles falar o que está sentindo [...] eles têm aquela confiança** (Ent. 7 - Grupo II).

[...] o meu relacionamento com essas famílias que eu visito é muito bom, é ótimo. **Às vezes eles passam até coisas íntimas pra gente, pela confiança que eles tem na gente** (Ent. 15 - Grupo II).

[...] **a equipe vê que tem um bom vínculo, principalmente com o agente comunitário** com todos os clientes da micro-área, **geralmente eles acompanham, não somente a medicação, mas o histórico, o desabafo desses pacientes, né? [...] o paciente muitas vezes tem o vínculo até maior com o agente comunitário do que com enfermeiro e com o médico, porque ele está no cotidiano, então eles tendem a conversar mais com o agente comunitário [...]** (Ent. 17 - Grupo II).

Tais depoimentos evidenciam o vínculo, a confiança e o diálogo como dispositivos marcantes no relacionamento entre os ACS e os usuários, ao potencializar o processo de trabalho das ESF a partir de uma relação permeada pela capacidade de expressar muito mais do que os aspectos biológicos, mas também os sentimentos, as expectativas de vida, a intimidade.

Os ACS são considerados atores sociais privilegiados, tanto na equipe quanto na comunidade, por ser um profissional que consegue compreender as dinâmicas locais e atuar de acordo com a realidade e com as necessidades da população, sendo estabelecido um 'elo' entre a comunidade e a equipe, ao se configurarem como uma 'dobradiça' entre a unidade de saúde, onde presta serviço e o universo da vida das famílias, de onde também se originam (NAKAMURA; GUTIERRES; COHN, 2009).

Por meio do vínculo e da confiança dos usuários no trabalho dos ACS, em virtude desses profissionais fazerem parte do mesmo universo social e cultural dos moradores das microáreas que eles acompanham, há credibilidade não só em seu trabalho, mas também nas Unidades de Saúde que eles representam, por mediar as relações estabelecidas entre a USF e a população.

Assim, a ESF assegura sua inserção no cotidiano da vida dos usuários a partir das visitas diárias realizadas pelos ACS e pela especificidade do seu trabalho, que enfatiza ações de promoção e prevenção da saúde aliada ao uso das tecnologias leves.

Nas observações das visitas do ACS, eram perceptíveis o vínculo, a confiança e o respeito deste profissional com os usuários, o qual buscava a todo o momento valorizar cada fala, cada expressão de alegria ou de tristeza, cada queixa sobre os mais diferentes motivos, com atenção e escuta sensível, numa postura de acolhimento e solidariedade.

Ao acolher o usuário, o ACS se torna mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas, ao estimular a abertura para o diálogo entre os atores envolvidos, nos encontros que ocorrem nas Unidades de Saúde e fora dela.

Para Franco, Bueno e Merhy (2007), o encontro entre profissional e usuário permeado pela escuta e responsabilização, ao ser articulado pelo vínculo de compromisso, refletirá sobre as necessidades de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Nesse sentido, a escuta sensível deve impulsionar no profissional o compromisso e a responsabilização necessária para que o sofrimento do outro não lhe seja algo rotineiro, habitual, mas que impulse o 'ato acolhedor' desde o momento que o usuário adentra a Unidade de Saúde com o objetivo de encontrar possibilidades de resolução para suas necessidades.

O acolhimento é entendido como postura e prática que se faz presente no processo de trabalho das equipes de saúde, no intuito de construir uma relação de confiança e compromisso entre os usuários/família e profissionais, e contribuir para a construção de uma relação de confiança e compromisso destes, bem como para a promoção da cultura de solidariedade e legitimação do SUS (BRASIL, 2006c).

O depoimento do entrevistado 18, profissional de saúde, demonstra que o acolhimento faz parte do processo de trabalho das ESF:

[...] Acolhimento com certeza. Tem umas pessoas que não são receptivas, mas **a gente tenta ao máximo acolher o paciente, se ele chegar com qualquer dúvida [...] não deixa ele ir sem uma resposta**, só um não 'seco' e pronto, a gente tenta não deixar assim [...] a gente tenta fazer com que resolva as coisas por aqui [...] e consiga fazer com isso que o paciente sempre se sinta acolhido, tenta né? Às vezes não consegue é uma tentativa [...] (Ent. 18 - Grupo II).

Os entrevistados 20, 24 e 25, usuários, apresentam depoimentos convergentes a esse depoimento:

Eles me recebe bem, me atende bem, fala todas as coisas que é necessário de falar [...] **mais importante é a educação e o atendimento que é ótimo** [...] (Ent. 20 - Grupo III).

[...] ele (médico) ficou comigo aqui na sala quase uma hora, pensando o quê que ele ia fazer [...] Eu senti que ele ficou mais preocupado do que eu, porque minha pressão estava quase de 20 [...] **é um excelente médico, ele é um amor de pessoa, ele atende a gente com tanta educação** [...] (Ent. 24 - Grupo III).

[...] **eles atendem bem** [...] **me sinto acolhida, nunca deixaram chegar aqui e sair sem ser atendida** [...] (Ent. 25 - Grupo III).

Esses depoimentos evidenciaram que o acolhimento traz benefícios à produção do cuidado, ao possibilitar a abertura entre profissionais e usuários, a partir do diálogo e da tentativa de viabilizar a resolução das demandas trazidas pelos usuários.

Para Gomes e Pinheiro (2005), é preciso se integrar à ‘voz do outro’ para que ocorra uma efetiva mudança nas relações estabelecidas no cotidiano das Unidades de Saúde, com a finalidade de evidenciar o ser social, com vida plena e digna na expressão de seu direito, na criação de vínculos efetivos e relações de troca e confiança.

Muitas vezes os usuários buscam no profissional a oportunidade de expressar suas angústias, partilhar suas inquietações, medos, expectativas, encontrar envolvimento com o seu sofrimento e ao mesmo tempo despertar para o potencial de protagonista de sua história, ainda que em condições adversas. Desse modo, é necessária a intervenção de profissionais com sensibilidade e compromisso ético e político para atuar como agente transformador na vida daqueles pelos quais se comprometeram a cuidar.

O acolhimento pressupõe a valorização de pequenos gestos que produz grande diferença na produção do cuidado: um sorriso, um abraço, um aperto de mão, um olhar atencioso, durante todo seu processo de trabalho. São gestos simples, mas que em determinados contextos parecem adormecidos em meio às técnicas a serem realizadas, ou perdidos entre a quantidade de usuários a serem atendidos.

Acolher de forma humanizada significa muito mais do que tratar bem os usuários implica em atitude de respeito, interesse e responsabilização pelos seus problemas¹⁰ e/ou necessidades de saúde, com um compromisso alicerçado no vínculo entre profissionais e usuários.

Trata-se de uma relação na qual o profissional se responsabiliza pelo outro de tal modo que o impulse a fazer pelo outro aquilo que aparentemente ninguém julga importante que seja feito, ou seja, valorizá-lo em sua essência humana e histórica.

Assim, o acolhimento imprime no processo de trabalho uma forma humanizada para se mudar a relação fria e impessoal tão comum no dia a dia das Unidades de Saúde, que distancia os envolvidos nesse processo e cria barreiras para a construção de uma verdadeira ‘horizontalidade’ nas relações.

O depoimento do entrevistado 22, usuário, apresenta-se divergente dos depoimentos dos entrevistados 18, profissional de saúde, e dos entrevistados 20, 24 e 25, usuários, ao evidenciar que a falta de acolhimento na conduta do profissional médico:

[...] tem que ser um médico que goste de trabalhar, **que atenda o paciente com educação, com amor, com carinho, pare para ouvir, não é ele chegar e dizer que o paciente não tem nada**, porque ele não tá dentro do paciente pra saber realmente o que ele tá sentindo, se o paciente chega a um consultório médico é porque ele tá com um problema [...] Ele procura porque está se sentindo mal é por isso que ele procura um profissional de saúde, quando ele procura um profissional como é o meu caso, que **eu procurei, porque eu estava me sentindo mal e isso realmente [...] (choro) Isso me doeu muito, hoje eu não sou atendida aqui no posto, eu prefiro sair, pra que não acontecesse uma agressão física, pra não ser fichada como uma pessoa de má conduta (choro)**. Eu procurei um profissional de fora, **tenho até dificuldade com médico porque daqui é distante, eu saio daqui do meu bairro pra ir para outro bairro procurar um serviço de um profissional de saúde, é lamentável [...]** (Ent. 22 - Grupo III).

O entrevistado 11, profissional de saúde, apresenta um aspecto complementar ao depoimento do entrevistado 22, usuário, ao reforçar a falta de acolhimento e humanização por parte da ESF:

¹⁰ **Problemas de saúde:** relacionados a estado patológicos, doenças e agravos (NUNES, 2001, p. 111).

[...] você não pode estar privilegiando um paciente, **porque o bem maior é deles, a gente está fazendo o nosso trabalho, mas o benefício maior é do paciente, qualidade de vida, durabilidade maior é o bem deles mesmo [...] hoje a gente vê o paciente como um todo, mas a gente vê naquele momento que ele está aqui, com aquela patologia (hipertensão) [...] o Hiperdia ele tem isso, mesmo [...] que ele chegue aqui com outros problemas, ali no dia do atendimento [...] na questão do atendimento, ele vai está sendo visto com aquele problema específico [...]** (Ent. 11 - Grupo II).

O entrevistado 22, usuário, traz evidenciada, não só em sua fala, mas também em seu choro, a decepção por não encontrar no profissional, o acolhimento necessário em um momento em que se encontrava fragilizado, por isso, acha que o médico deve ser alguém que “atenda o paciente com educação, com amor, com carinho, pare para ouvir”, ou seja, explicita sua necessidade de ser tratado com respeito, com atenção, com o valor de um ser que é tão humano quanto todos os profissionais de saúde.

Além de se deparar com este ato do profissional médico, a situação vivenciada parece não ter sido discutida em equipe, pois o entrevistado foi obrigado a procurar outra Unidade de Saúde, mesmo que o acesso não seja favorável. Isso demonstra que a integração da equipe apresenta pontos de fragilidade, o que nos parece não utilizar o diálogo para resolver seus conflitos.

No depoimento do entrevistado 11, identificamos que o profissional atua com uma visão biologicista, ao enxergar no usuário “naquele momento que ele está aqui, como aquela patologia”, como se o ser humano fosse apenas um corpo acometido por uma doença, o que nega os aspectos emocional, psicológico e social do usuário.

Para Pinheiro, Barros e Mattos (2010) é prejudicial o hábito recorrente dos profissionais de saúde limitar o usuário ao aspecto da doença; é preciso enxergá-lo em sua singularidade, com vivências e histórias que devem ser valorizadas em cada encontro do usuário com o profissional e este deve buscar compreender e lidar com as diferentes demandas apresentadas.

Acreditamos que o conhecimento científico aliado às tecnologias relacionais pode se traduzir em novos caminhos para produzir mudanças no processo de trabalho das ESF, ao buscar romper com atitudes permeadas por uma visão biologicista e imprimir em seu fazer saúde ações que assegurem um cuidado humanizado.

Assim, transformações significativas no processo de trabalho das ESF pressupõem mudanças na forma como se produz e para quem se produz o cuidado,

num esforço de construir um novo fazer saúde que supere a visão ‘médico-procedimento-centrada’; implica também na busca pela efetivação de um modelo ‘usuário-centrado’ que legitime o valor e o respeito pelo usuário e suas subjetividades (FRANCO; MERHY, 2007).

Torna-se importante interrogar sobre o PSF no que se refere ao fato de que modificar sua estrutura não garante que a relação dos profissionais com os usuários aconteça sobre os parâmetros de civilidade, acolhimento e construção de processos mais compromissados com o cuidado aos usuários (FRANCO; MERHY, 2007).

Não basta ser membro de uma ESF, se não houver o compromisso ético com a vida humana em sua complexidade biopsicossocial, de modo que supere a forma mecânica e fragmentada de se produzir o cuidado e vislumbre uma conduta permeada por valores humanitários, solidários e de cidadania.

Os depoimentos parecem apontar para uma atuação profissional que não incorpora em sua prática a noção de saúde como direito, o que pode interferir no exercício de cidadania dos usuários, que ao se depararem com situações que não sejam satisfatórias devem reivindicar um cuidado humanizado e de qualidade.

Para Merhy (2002), o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e compromisso da equipe de saúde por seus problemas e necessidade de saúde.

Quando o profissional não se envolve com a história de vida dos usuários, com o contexto social que está inserido, há uma superficialidade em seus encontros que não impulsiona a criação de vínculo e responsabilização pelo outro. Tais atitudes são cada vez mais comuns, o que induz o usuário a não exercer a cidadania e a agir como se um atendimento superficial fosse o bastante para satisfazer suas necessidades de saúde.

Assim corroboramos com Pires (2007) ao afirmar que o processo de trabalho em saúde deverá perpassar por uma produção de atos de saúde no mínimo acolhedora, com o estabelecimento de vínculo e responsabilidade, como direito do usuário.

Os depoimentos dos entrevistados 13 e 19, profissionais de saúde, denotam aspectos divergentes do entrevistado 11, profissional de saúde, ao evidenciarem a integralidade no cuidado aos usuários como forma de potencializar o processo de trabalho das ESF:

[...] **Ele vem pra ver a cavidade oral, mas eu tenho que olhar ele no todo, não é verdade?** [...] eu vou fazer uma avaliação, vou conversar com ele, vou tentar deixar ele mais a vontade [...] ele tem esse acesso de poder perguntar, a gente dá essa liberdade [...] enquanto eu estou atendendo eu converso muito com o paciente, eles acabam desabafando [...] a gente tem que conversar com ele, porque **o nosso programa é esse: de escuta, o acolher o paciente, porque não adianta eu fazer só na sala de espera, mas quando ele chega aqui, ele não foi acolhido aqui dentro, a gente está sempre nessa postura de acolher o paciente, ter escuta qualificada** [...] porque **o indivíduo ele não pode ser visto só o braço, a perna ou só a boca** [...] (Ent. 13 - Grupo II).

[...] **eu acho que a gente tem que cuidar desse hipertenso não só na parte da patologia, cuidar da pressão dele, equilibrar a pressão dele, não é? Mas cuidar dele como um todo, como é que está a alimentação, o dia a dia, a vivência, a relação social dele, o psicológico dele** [...] (Ent. 19 - Grupo II).

Nos depoimentos dos entrevistados 13 e 19, a ênfase dada é que o profissional não pode fragmentar o cuidado de uma pessoa em partes de seu corpo ou mesmo de uma doença que naquele momento o fez procurar a Unidade de Saúde. Para isso, destacam a importância das tecnologias leves na produção do cuidado ao usuário, considerando a complexidade de sua existência biopsicossocial.

Para Mattos (2001), a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, por meio da ampliação de possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional que só poderá ser realizada na perspectiva do diálogo entre diferentes sujeitos.

Nesse sentido, a integralidade implica na recusa dos reducionismos das práticas de saúde, por meio da abertura ao diálogo entre profissionais e usuário, de maneira a ampliar as possibilidades do cuidado no qual o usuário seja visto e entendido na multiplicidade dos fatores que interferem em seu processo de adoecer e viver.

Assim, ao pensar na integralidade do cuidado, podemos nos questionar a respeito dos reducionismos encontrados neste cuidado implementado aos usuários com hipertensão arterial, visto que, em nossas observações, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, era notória a ênfase ao uso da medicação, que embora seja importante, não consegue por si só assegurar a efetividade do tratamento e a qualidade de vida aos usuários. Muitas vezes, percebíamos que as orientações sobre o uso da medicação era tão priorizada que não havia espaço para um olhar, uma escuta sensível

à fala do usuário, entre outras tantas atitudes humanizadas, acolhedoras, que poderiam disparar mudanças na produção do cuidado.

Tais atitudes também dificultavam a ampliação do entendimento do usuário como um sujeito que está inserido em um contexto social e histórico, que apresenta determinantes que interferem no processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, o depoimento do entrevistado 1, formulador da política, evidencia os DSS no cotidiano dos usuários que procuram as Unidades de Saúde:

[...] a gente vê que **não é só o corpo enfermo**, são outros fatores, outros segmentos da sociedade que influenciam diretamente nesse processo de saúde e doença [...] **o religioso é um fator, o relacionamento no trabalho [...] no momento da consulta não só é a distribuição da medicação**, a gente se depara com paciente que não tem alimentação adequada [...] enquanto profissional a gente tem o papel de chegar e orientar esse paciente, mas na maioria das vezes ele chega em casa e é o que ele tem pra comer? **Como trabalhar essa hipertensão?** [...] (Ent. 1 - Grupo I).

O depoimento do formulador da política aponta para os aspectos sociais, religiosos, socioeconômicos e condições de trabalho como determinantes na saúde dos usuários; destacando, que esses fatores interferem no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Mediante a identificação dos DSS que estão relacionados às condições de vida e trabalho da população, o profissional de saúde se encontra com uma realidade que poderá ser geradora de muitas inquietações. A depender de seu ‘olhar’ isto lhe impulsionará a inserir em seu processo de trabalho uma abordagem que ultrapasse a visão biologicista da doença, bem como buscar meios para se aproximar de uma realidade que necessita de intervenção social para ser mudada ou pelo menos minimizada.

Nos depoimentos dos entrevistados 6, 9 e 11, profissionais de saúde, foi evidenciado que os aspectos econômicos, emocionais e familiares estão relacionados com a hipertensão arterial

[...] também o lado **emocional** [...] de **preocupação** [...] aqui tem muito **problemas familiares**, a gente vê que acaba causando aborrecimento [...] **stress, acaba acarretando o aumento da pressão** [...] (Ent. 6 - Grupo II).

[...] **a questão de problemas socioeconômicos e familiares, o desemprego**, o aposentado que tem a família inteira dependendo dele na subsistência, que tem seu filho e neto dependendo dele, que tem uma nora dentro de casa que lhe traz problema [...] problemas familiares [...] (Ent. 9 - Grupo II).

[...] Aqui tem a questão da droga, eu tenho vários pacientes que chegam aqui na sala aqui e relatam que [...] filhas estão 'fazendo vida' pra sustentar o vício, outros que **os filhos estão envolvidos com o tráfico** [...] (Ent. 11 - Grupo II).

Os entrevistados 22 e 25, usuários, complementam os depoimentos dos entrevistados 6, 9 e 11, profissionais de saúde, ao reforçarem os aspectos psicossociais que interferem na sua saúde:

[...] O **stress, as preocupações da vida**, as dificuldades que hoje são muitas, né? [...] porque eu sou muito nervosa [...] **minha vida é muito estressante**, [...] e isso faz com que minha pressão aumente, ela suba além do que ela deveria, mas nada que eu possa tentar controlar. (Ent. 22 - Grupo III).

[...] **Sentir raiva, tristeza faz a pressão subir** [...] (Ent. 25 - Grupo III).

Estes depoimentos evidenciam que problemas familiares, emocionais, preocupação e condições de vida estressante interferem para que ocorra elevação dos níveis pressóricos. Também foi sinalizado que os usuários não têm encontrado em suas famílias um espaço acolhedor e de vivência harmoniosa, e sim situações de estresse físico e psicológico.

Nesse contexto, percebemos que os usuários com hipertensão arterial encontram-se duplamente prejudicados, em função de que a família poderia (e deveria) contribuir com seu tratamento; no entanto, além de ser negado esse apoio, lhes é apresentado um contexto familiar adverso à sua situação de saúde.

Os depoimentos dos entrevistados 17 e 19, profissional de saúde, reforçam a importância do envolvimento da família no cotidiano do trabalho da equipe.

[...] na minha realidade hoje eu estou trabalhando mais com a assistência, eu tenho cuidado desses pacientes na hora que eles estão aqui no Programa de Hipertensão ou então nas visitas domiciliares [...] **a assistência nossa tem que ser [...] a família, ele não está só**, a pressão dele não é só dele, né? **É a família toda que está envolvida e que contribui ou não contribui para isso, não é verdade?** [...] (Ent. 19 - Grupo II).

O não acompanhamento da família [...] um limite tremendo [...] esse pessoal não se envolve, não é totalmente, mas tem dificuldade de estar acompanhando o hipertenso no momento em que ele não quer tomar a medicação, porque ele esquece de estar monitorando horário [...] (Ent. 17 - Grupo II).

Esses depoimentos denotam que o processo de trabalho das ESF deve ser desenvolvido na perspectiva do sujeito inserido em um contexto familiar que pode ou não contribuir com as ações assistenciais.

Os membros familiares devem motivar o uso adequado da medicação para que o familiar hipertenso se sinta apoiado, e incentivado a dar continuidade ao tratamento. Contudo, é preciso atentar para os aspectos subjetivos que implicam na falta de estímulo para cuidar da sua saúde.

Por meio da observação durante a visita domiciliar, percebemos a importância do envolvimento da família no cuidado do familiar que tem o diagnóstico de hipertensão arterial. Durante a visita, um idoso encontrava-se abalado emocionalmente por problemas familiares e por isso, chorava muito. Após aferição da sua pressão arterial, a enfermeira detectou valores pressóricos de 150X90 mmHg. Sua esposa informou que ele tomou a medicação corretamente, mas, por estar 'muito nervoso', sua pressão havia se elevado. A esposa agia de forma acolhedora e humanizada para com o idoso, o que nos pareceu contribuir para que este se sentisse mais tranquilo.

Nesse sentido, corroboramos com Pereira-Pereira (2004) ao apresentar o caráter contraditório da família que deve ser encarada como uma unidade que é ao mesmo tempo forte e fraca. Forte por ser o lugar privilegiado no qual os indivíduos encontram refúgio para as situações de desamparo, insegurança e a transmissão de ensinamentos; frágil por não estar isenta de violências, desencontros e rupturas, que podem não apenas gerar inseguranças, mas também construir caminhos para a emancipação.

Com efeito, as desigualdades sociais têm reforçado tanto as potencialidades como as fragilidades das famílias, a depender do vínculo existente entre os familiares e da forma como as desigualdades sociais interagem com os estímulos estressores e que desencadeiam o adoecimento ou agravamento de uma doença preexistente.

Considerando que o vínculo familiar se constrói no cotidiano de seus membros, quando há situações de fragilidade em termos psicossociais ocorre repercussão

negativa na proteção social destes, o que desencadeia insegurança e falta de integração familiar e social.

As redes sociais e comunitárias são constituintes do chamado capital social, ou seja, do conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, que são o contato com amigos, parentes, grupos religiosos, associações, entre outros, e representam formas de estabelecimento de vínculos sociais. Contrariamente, o desgaste do capital social se configura em mecanismo por meio do qual as iniquidades socioeconômicas têm impacto negativo na situação de saúde da população (CNDSS, 2008).

Assim, o capital social encontra sua relevância para que o indivíduo sinta-se apoiado e estimulado a lidar com situações que prejudicam suas condições de vida e saúde, tanto no aspecto individual como coletivo.

Ao nos reportar aos aspectos psicossociais evidenciados neste estudo, fica a expectativa de que o fazer saúde dos profissionais das ESF possa vislumbrar um cuidado que extrapole o plano biológico e consiga perceber as interfaces que existem na produção do cuidado que busca ser integral e humanizado, e, portanto, não pode desvincular-se da análise dos DSS inerentes às famílias da área de abrangência das USF.

Os depoimentos dos entrevistados 6, 9 e 18, profissionais de saúde, se reportam às condições de vida e de trabalho como determinantes da saúde:

[...] é uma comunidade pobre que muitas vezes não pode se alimentar da maneira correta, **não tem alimentação adequada** [...] Às vezes não tem muita instrução de alimentação ou condição para estar comprando [...] a falta de informação, **o tipo de emprego** porque muitos do sexo masculino são caminhoneiros a gente sabe que vive com arribite, **não tem aquele hábito de tomar a medicação regular** [...] hábitos alimentares por questão econômica, porque **muitas vezes não é a falta de informação, mas a questão econômica** porque não tem como comprar uma alimentação melhor, entendeu? Aí acaba tendo que comer o que encontra [...] (Ent. 6 - Grupo II).

[...] **problemas socioeconômicos** interferem muito no controle da hipertensão [...] (Ent. 9 - Grupo II).

Eu acho que na zona rural [...] eles trabalham na roça, o esforço físico é maior, tudo é maior [...] alguns trabalham viajando [...] são pessoas mais carentes [...] Acaba sendo um fator que a gente não consegue controlar [...] aqui ele tem que ficar o dia todo lidando com a roça e esquece o remédio em casa, aí não tem tempo, esquece, trabalha mais, chega cansado [...] são fatores sociais [...] (Ent. 18 - Grupo II).

Estes depoimentos revelam que a falta de acesso à alimentação adequada, situação socioeconômica desfavorável, precárias condições de trabalho, são determinantes sociais que interferem na produção do cuidado com a saúde dos usuários com hipertensão arterial.

Reconhecer a existência de determinantes que estão relacionados às desigualdades sociais e sua repercussão na saúde da população, constitui condição indispensável para encontrar formas adequadas para a realização de medidas de enfrentamento que possam refletir nas condições de vida e saúde da população (BARATA, 2009).

No depoimento do entrevistado 18, profissional de saúde, há uma peculiaridade de nos apontar para as condições de trabalho da zona rural e os obstáculos encontrados pelos usuários que trabalham na roça para conseguir cuidar de sua saúde.

Desse modo, os DSS se fazem presentes e incidem diretamente nas condições de vida da população, e, portanto, devem constar na agenda política dos gestores da saúde e da administração pública, a fim de assegurar meios que possam contribuir para a mudança desse cenário tão desfavorável à saúde da comunidade.

As condições sociais e a posição que cada indivíduo ocupa na sociedade são efetivamente base para a saúde da população, portanto, as condições de habitação, restrição do acesso à alimentação e a outros bens fundamentais, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, as condições do ambiente em que se realiza o trabalho implicam em uma série de riscos à saúde, os quais podem gerar ou potencializar doenças e agravos que estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Tais condições são determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda, sendo o desgaste físico ou o esforço repetitivo no trabalho características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a população mundial (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Para Marx (1983), quando o indivíduo vende sua força de trabalho ao capital, em virtude de faltar-lhe meios para a produção de bens, acaba perdendo a si próprio para o empregador; a produção exige cada vez mais do trabalhador, o que gera falta de compartilhamento de bens e, conseqüentemente, enriquecimento do empregador à custa do empobrecimento das forças produtivas do trabalhador.

Assim, a utilização da força produtiva do trabalhador passa a ser importante para o aumento da produção, ainda que ocasione adoecimento para este em função de condições precárias de trabalho ao qual é submetido, o que pode gerar adoecimento ou desemprego, por não possuir força autônoma para produção, nem força para servir ao capital.

Desse modo, a posição social dos indivíduos e suas condições de vida configuram-se um forte determinante no estado de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde, o que reflete na possibilidade ou não em adotar um estilo de vida saudável, tendo em vista que isto não depende exclusivamente da vontade pessoal, mas da oportunidade de acesso à educação, lazer, alimentação saudável, entre outros.

O entrevistado 8, profissional de saúde, complementa os depoimentos dos entrevistados 6, 9 e 18 ao abordar a importância da educação e das condições de moradia para as ações de promoção da saúde:

[...] Uma educação precária, o **analfabetismo**, então tudo isso dificulta o entendimento, né? [...] a questão mesmo do **desemprego**, porque **pra você ter uma saúde boa tem que ter [...] uma boa moradia e isso numa área periférica é muito difícil a gente encontrar** [...] a gente vê muito **esgoto em céu aberto, casas ainda com fossas, lixo exposto, tudo isso dificulta o trabalho da promoção da saúde** (Ent. 8 - Grupo II).

O depoimento do entrevistado 8 afirma que a escolaridade, desemprego, precárias condições de moradia dificultam a realização do trabalho de promoção da saúde.

Torna-se cada vez mais importante cuidar da vida na perspectiva de reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento, a produção de incapacidade, ao sofrimento crônico e à morte prematura dos indivíduos. Aliada a esses aspectos, a saúde, entendida como resultado do modo de organização da produção, do trabalho e da sociedade no contexto histórico, reflete na necessidade de modificar um modelo de atenção e

cuidado que apresente sua centralidade nos sintomas das doenças, de modo que atue nos condicionantes e determinantes da saúde (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, a promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, se constitui em formas mais amplas de intervenção na saúde, por analisar a possibilidade de focar aspectos que interferem nas condições de saúde da população, como: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento adequado, fome, dificuldade de acesso à educação, entre outros (BRASIL, 2010b).

Percebemos que há um entendimento de que a promoção da saúde deve impulsionar ações que reflitam na condição de saúde da população, que envolvam o sujeito inserido em seu contexto social, não apenas como receptor das ações, mas principalmente como participante efetivo, de maneira a gerar mudanças significativas nas condições de saúde e do meio no qual está inserido.

Os profissionais das ESF, ao realizarem ações de promoção da saúde que estimulem a alimentação saudável, prática de atividade física, combate ao tabagismo e alcoolismo, entre outros, devem atentar para conhecer as múltiplas realidades que compõem seu território de abrangência, que podem ser cenários de dinâmicas provenientes das condições biológica, social, psicológica, cultural e, sobretudo, das relações que os sujeitos estabelecem entre si e com o meio físico e social.

Frente ao exposto, os profissionais de saúde devem incentivar o envolvimento da família e dos diferentes segmentos sociais que estão direta ou indiretamente ligados ao cuidado das pessoas com hipertensão; para isto, deve utilizar a escuta sensível, valorização da subjetividade destas, de suas crenças e valores, na perspectiva de aproximar-se da sua realidade cotidiana para intervir de forma adequada e efetiva.

A nosso ver, se não houver valorização das implicações dos DSS e das subjetividades ao se desenvolver o cuidado a esses usuários, estaremos distante de conseguir atuar de uma forma que verdadeiramente contribua com impactos na saúde dos mesmos. Isto muito nos preocupa, dada a magnitude da hipertensão no município de Jequié e das complicações que essa doença pode trazer para a população, e nos leva a refletir sobre o caráter de prevenção que tanto almejamos na saúde coletiva.

Para tanto, há a necessidade de políticas públicas capazes de atuar direta e incisivamente no enfrentamento das desigualdades sociais da saúde, a partir do

envolvimento de usuários, profissionais de saúde, gestores e demais segmentos da sociedade.

Assim, a ESF teria que imprimir em seu processo de trabalho ações que contribuam com a identificação das necessidades de saúde apresentadas pela comunidade, para que profissionais e usuários possam elencar os fatores de risco à sua saúde e da comunidade e, a partir daí, buscar articulações, por meio de mecanismos intersetoriais, visando à integralidade do cuidado, visto que as necessidades de saúde não são resolvidas ou amenizadas somente com a intervenção do setor saúde, mas perpassa por alterações de ordem biológica e por diversos determinantes do processo saúde-doença (NERY, 2006).

O depoimento do entrevistado 1, formulador da política, evidencia a importância da intersetorialidade para uma maior amplitude das ações do setor saúde:

[...] **É a questão de estar trabalhando os setores da própria conjuntura política** que além da medicação e do atendimento, da assistência na hipertensão [...] garanta essa alimentação, que garanta a inserção desse paciente em uma atividade física [...] e **hoje na Secretaria a gente tem muito trabalho com parceria**, sempre que há a necessidade a gente entra em contato com o Desenvolvimento Social, com a própria Universidade, com o Curso de Educação Física, fazendo grupos de convivência, caminhadas no território delimitado da Estratégia Saúde da Família [...] (Ent. 1 - Grupo I).

Este depoimento revela que o cuidado aos usuários com hipertensão não se restringe ao uso da medicação e ao atendimento realizado nas USF, mas necessita de intervenção de outros segmentos da sociedade que possam contribuir no acesso à alimentação adequada, prática de atividade física, entre outros; revela também que na SMS de Jequié há o estabelecimento de parcerias com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e com a Universidade.

A partir do reconhecimento de que os DSS encontrados no cotidiano das USF necessitam de ações articuladas com os vários setores da administração pública para seu enfrentamento, os profissionais de saúde das ESF devem mobilizar a comunidade e gestores da saúde para o delineamento de ações juntamente com os vários segmentos da sociedade.

Ao confrontarmos o depoimento do entrevistado 1, formulador da política, com as observações realizadas em campo, encontramos contradições, uma vez que não visualizamos a realização de ações intersetoriais.

O depoimento do entrevistado 6, profissional de saúde, apresenta divergência em relação ao entrevistado 1, formulador da política, ao evidenciar que há dificuldades em realizar parcerias:

A problemática aqui é **o desemprego** [...] é tudo voltado pelo desemprego [...] isso acaba fazendo o quê? **Levando álcool, droga, levando a pessoa ficar depressiva, a ficar revoltada, a violência, entendeu?** [...] **eu não tive como ter parceria para isso** porque é muito complicado o caso de desemprego [...] (Ent. 6 - Grupo II).

O depoimento do entrevistado 6 evidencia que o desemprego tem se traduzido em importante DSS por impulsionar situações de violência, uso de álcool e drogas que são prejudiciais à saúde.

Alguns determinantes estão diretamente ligados ao comportamento social do indivíduo, como o uso excessivo de bebidas alcoólicas (fator de risco modificável), mas ainda representam um desafio a ser superado, pois necessitam do envolvimento familiar e de outros segmentos da sociedade para assegurar que o indivíduo elabore mecanismos de enfrentamento para esses comportamentos não saudáveis.

Nascimento (2003) evidencia que as articulações intersetoriais são imprescindíveis para a melhoria da qualidade de vida da população, pois elas permitem vislumbrar o estabelecimento da equidade entre as populações marginais, por meio do acesso à saúde e a outros segmentos da sociedade.

Para tanto, o processo de trabalho das ESF deve mobilizar intervenções intra e intersetorial ao se deparar com as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, articulando-se com setores tais como educação, saneamento, segurança e geração de renda, para intervir sobre os DSS identificados.

Ressaltamos que, encontramos contradição entre o que foi relatado pelos entrevistados ao confrontar com os documentos analisados: Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (Doc. 1) e Relatório de Gestão do município de Jequié 2006, 2007 e 2008 (Doc. 2, 3 e 4). Se por um lado, os entrevistados relataram que as condições de vida e trabalho, bem como os aspectos psicossociais e familiares, interferem decisivamente

na saúde dos usuários com hipertensão arterial, por outro lado, esses documentos, que são elaborados com a participação desses mesmos atores sociais (formuladores da política voltada à hipertensão arterial e profissionais de saúde das ESF), não priorizam os DSS e, conseqüentemente, não encontramos nenhum plano de intervenção voltado para esta realidade.

4.2 CATEGORIA 2 – AS INTERFACES DO PROCESSO DE TRABALHO NO PSF: AVANÇOS, LIMITES E PERSPECTIVAS

Nesta categoria empírica discutiremos as interfaces existentes entre os avanços, limites e as perspectivas encontradas no fazer saúde dos profissionais das ESF, a partir de uma compreensão crítica de que o processo de trabalho não é linear, mas apresenta-se como um processo de idas e vindas, na busca por efetivar os princípios do SUS na vida das pessoas, como caminho a percorrer no intuito de se alcançar condições de vida mais digna e solidária.

4.2.1 Subcategoria 2.1 – (Des) caminhos na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial

Para iniciarmos as discussões sobre os avanços, limites e perspectivas encontrados no processo de trabalho das ESF aos usuários com hipertensão arterial, acreditamos ser relevante discorrer sobre o entendimento que os profissionais de saúde, usuários e formuladores da política possuem sobre o Hiperdia, considerando a correlação existente entre este entendimento e à produção do cuidado ofertada aos usuários.

No depoimento do entrevistado 4, formulador da política, percebemos um entendimento do Hiperdia como um programa informatizado:

O Hiperdia é um programa que a gente tem aqui na Secretaria de Saúde, informatizado, fica no Núcleo de Informação em Saúde onde se tem o cadastro e acompanhamento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos do município [...] (Ent. 4 – Grupo I).

Para o entrevistado 4 o Hiperdia está vinculado ao Núcleo de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié e tem como finalidade o cadastramento e acompanhamento aos usuários hipertensos e diabéticos.

O Ministério da Saúde define o Hiperdia como um sistema de cadastramento e acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, que gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c).

Desse modo, o Hiperdia tem como objetivo cadastrar os usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes que são acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde e com isso gerar informações que possam direcionar a tomada de decisão.

O Ministério da Saúde também atribui ao sistema Hiperdia a finalidade de permitir o monitoramento dos usuários captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, além de gerar informação que possibilite a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os usuários cadastrados (BRASIL, 2002b).

Em relação à finalidade do Hiperdia de aquisição e distribuição de medicamentos, parece-nos que ocorre como ‘duas faces de uma mesma moeda’. Se por um lado é importante assegurar que o usuário tenha acesso à medicação, por outro reforça a importância do medicamento de tal forma que muitas vezes o cuidado se limita apenas ao seu fornecimento.

Para Ximenes (2000, p. 638), monitorar é “acompanhar e avaliar”. Assim, esse sistema deverá permitir o monitoramento dos usuários com o uso de informações sobre presença de co-morbidades, presença de lesão em órgãos-alvo, entre outros, provenientes da ficha de cadastro do hipertenso e diabético e da ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético. Tais informações permitem o acompanhamento que pode (e deve) gerar avaliação dos dados obtidos, em relação aos fatores de risco (e doenças concomitantes), presença de complicações, tratamento prescrito, periodicidade da realização de exames, entre outros.

Em nossas observações nas USF pesquisadas, identificamos que esses formulários são utilizados no atendimento aos usuários com hipertensão, contudo

parece-nos que não é atribuída uma verdadeira utilidade prática para esses dados, pois percebemos uma preocupação dos profissionais de saúde em preencher esse formulário como forma de cadastrar/acompanhar o usuário na Unidade de saúde e enviar os relatórios ao Núcleo de Informação em Saúde, mas não notamos uma preocupação em utilizá-los para uma posterior avaliação da situação de saúde destes usuários.

Nas observações das consultas e das visitas domiciliares sempre havia uma ênfase no uso da medicação, ao passo que os aspectos subjetivos do cuidado aconteciam de forma tímida, o que representa um obstáculo para uma visão mais ampliada das condições de vida e saúde desses usuários.

Os depoimentos dos entrevistados 5, 11, 12 e 14, profissionais de saúde, relacionam o Hiperdia com o Programa implantado na USF que atende aos usuários com hipertensão arterial:

[...] é o controle, o controle da pressão arterial do paciente, ver como está, uma avaliação [...] Eu acho que o Programa incentiva muito a se cuidar, tomar a medicação devidamente correta [...] (Ent. 5 - Grupo II).

[...] o Hiperdia no meu modo de ver é um Programa muito importante, porque você tá trabalhando com o público alvo [...] eu acho super importante porque está direcionado [...] (Ent. 11- Grupo II).

O Hiperdia vem a ser um Programa com a intenção de controlar as doenças e os seus agravos, né? No controle com o trabalho da equipe de enfermagem e também com toda a equipe de PSF [...] tem essa intenção né? Educar, ensinar ao usuário, a usar a medicação de maneira correta, é orientar a alimentação, o exercício físico e manter o controle. (Ent. 12 - Grupo II).

[...] No acompanhamento a gente vai monitorando esse paciente, como ele tem evoluído: ele tem evoluído controlado? Ele está comparecendo a Unidade? Ele está solto? Eu acredito que o Hiperdia tem essa finalidade [...] (Ent. 14 - Grupo II).

Os entrevistados 5, 12 e 14 denotam que o Hiperdia é um programa que tem o caráter de monitoramento e de controle da hipertensão arterial, por meio do uso da medicação.

Os entrevistados ao expressarem que o Hiperdia está vinculado à noção de controle, aparentemente é visível uma visão limitada a respeito do cuidado a ser realizado, o que poderá refletir em prejuízos para uma atenção integral.

Para Ximenes (2000, p. 254), a palavra controle revela “ação ou efeito de controlar, fiscalização, comando, domínio, autocontrole”.

Embora o Ministério da Saúde tenha instituído o Hiperdia como um sistema de acompanhamento e cadastramento, esses entrevistados atribuem essa nomenclatura para se referirem ao Programa implantado nas USF que presta o cuidado aos usuários com hipertensão e diabetes.

Constatamos que esta é uma forma popularmente difundida por todos os membros das ESF, pois em nossas observações durante o atendimento desses usuários nas USF, nos domicílios, durante a visita domiciliar, e nas atividades educativas o Hiperdia sempre era relacionado ao atendimento prestado durante a consulta.

Percebemos que há um entendimento de que o programa que atende os usuários com hipertensão, desenvolve ações especificamente às pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes. A nosso ver, ao direcionar o cuidado para um determinado grupo, pode ser que algumas pessoas não sejam contempladas com ações de prevenção sobre essas doenças, bem como não ocorra o incentivo do envolvimento da família com as ações desenvolvidas pelas ESF.

Isto nos leva a refletir se o processo de trabalho das ESF tem sido realizado como uma prática que instiga os usuários a se responsabilizarem por sua saúde como direito. Ou se ocorre à reprodução da ideia de que a saúde pode ser assegurada apenas pelo uso regular da medicação, sem considerar os aspectos inerentes ao contexto sociocultural e político, no qual está inserido. Além disso, urge a necessidade de estimular o usuário a ser agente de mudança quando ocorrer condições desfavoráveis ao seu contexto de vida.

Portanto, as influências de aspectos subjetivos, sociais, culturais e políticos estão presentes na forma como o usuário irá se apropriar das diferentes maneiras que o cuidado da sua saúde é apresentado, seja na consulta, atividade educativa, visita domiciliar, entre outras, de modo que os encontros que ocorrem com os profissionais de saúde poderão impulsionar mudanças no estilo de vida dos usuários.

O depoimento do entrevistado 4, formulador da política, evidencia que o uso da medicação deve estar aliada a mudanças de hábitos de vida:

[...] o **uso inadequado das medicações**, o aumento do peso, os **hábitos alimentares irregulares**, o pessoal não tem uma dieta específica em cima de verduras, de frutas [...] o controle da massa corpórea, as **atividades físicas**, que não é feito. Todos esses fatores eu acho que interfere no aumento da pressão porque só **a medicação sozinha não vai fazer efeito nenhum, tem que estar junto com todos esses outros fatores** [...] (Ent. 4 – Grupo I).

Este depoimento aponta alguns elementos que fazem parte do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, da hipertensão arterial.

O tratamento não medicamentoso encontra-se estruturado em estilo de vida saudável a partir da adoção de hábitos saudáveis como controle de peso, atividade física, estilo alimentar com redução do consumo de sal, abandono do tabagismo e etilismo, controle do estresse psicossocial, entre outros. O tratamento medicamentoso prevê o uso de medicamento anti-hipertensivo que deve reduzir a pressão arterial, bem como minimizar os eventos cardiovasculares fatais ou não, no intuito de reduzir a taxa de morbidade e mortalidade cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que necessita de um cuidado que envolva diferentes profissionais, a partir do compartilhamento de seus saberes no intuito de contribuir com um cuidado mais direcionado às singularidades dos sujeitos, pois envolve mudanças no estilo de vida e necessita de um acompanhamento criterioso por parte dos profissionais.

Durante a observação das consultas dos profissionais percebemos que as orientações eram direcionadas para a alimentação saudável, prática de atividade física, uso adequado e regular das medicações e prevenção das complicações da doença. Entretanto, durante essas orientações nos parecia não serem observadas as condições de vida dos usuários, ou seja, eram realizadas as orientações, mas não era questionado se o usuário tinha ou não a possibilidade de seguir o que lhes foi orientado, o que pode representar um obstáculo na comunicação entre profissional e usuário, inibindo-o de expor suas condições de vida e, conseqüentemente, não contribuir para o estabelecimento de uma relação dialógica.

Não obstante, uma situação financeira desfavorável pode ocasionar restrição da liberdade de escolher alimentos adequados à sua situação de saúde e de ter acesso ao

uso contínuo de medicação, sendo considerado um fator de risco para a hipertensão por estar associada a condições precárias de vida (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

Estratégias devem ser elaboradas e incentivadas para o enfrentamento de tais condições, sendo as ações intersetoriais imprescindíveis para mudar ou minimizar essa realidade, bem como o estabelecimento de parcerias na perspectiva de ampliar as possibilidades de uma atenção mais condizente ao perfil socioeconômico da população.

Assim, por ser uma doença que envolve estilo saudável de vida, aspectos psicossociais e condições socioeconômicas, a abordagem ao usuário com hipertensão necessita de diferentes olhares para que as ações realizadas no cotidiano do trabalho das ESF possam se traduzir em modos mais efetivos de cuidar da saúde do usuário, família e comunidade.

Também nos foi sinalizado no depoimento do entrevistado 4, formulador da política, que o “uso inadequado das medicações” é um aspecto que interfere no cuidado aos usuários.

Mediante o exposto, o uso da medicação nos é apresentado dentre algumas questões que merecem a reflexão de profissionais e usuários sobre os motivos que levam ao uso inadequado das medicações anti-hipertensivas.

Durante a observação das consultas de enfermagem, notamos que alguns usuários demonstraram dificuldade em tomar a medicação por não serem alfabetizados, sendo um fator que limitava a compreensão quanto ao uso adequado da mesma.

Os efeitos da escolaridade se manifestam das mais diferentes formas, na capacidade de entendimento das orientações realizadas pelos profissionais, na adoção de hábitos saudáveis, no consumo e utilização dos serviços de saúde, entre outros (CNDSS, 2008).

Assim, os profissionais de saúde precisam orientar de forma clara e simples as especificidades inerentes aos medicamentos, com a finalidade de construir junto ao usuário e família formas de minimizar as barreiras ocasionadas pela falta de acesso à

educação. Para isso, tanto nas ações de caráter individual quanto coletivo, os profissionais devem considerar a escolaridade do usuário, família e comunidade.

Além disso, os profissionais de saúde devem estar atentos para que não ocorra uma supervalorização do tratamento medicamentoso, tanto pelos usuários como pelos profissionais, pois o uso da medicação é muito importante, mas, por si só, não garante o sucesso do tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Tal afirmativa também é apontada pelo entrevistado 4, ao relatar que “a medicação sozinha não vai fazer efeito nenhum, tem que estar junto com todos esses outros fatores”. No entanto, encontramos uma contradição sobre a importância do uso da medicação no cuidado aos usuários com hipertensão arterial no Relatório Anual de Gestão 2006 (Doc. 2), ao afirmar que o medicamento é um instrumento estratégico que possui a capacidade de atuar isoladamente sobre a saúde do indivíduo e ocasionar grande impacto sobre a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, sendo de fundamental importância para a melhoria das condições de saúde da população (JEQUIÉ, 2007).

Também foi observado no Relatório Anual de Gestão 2007 (Doc. 3), que há a valorização do uso do medicamento como um elemento primordial no cuidado aos usuários com hipertensão arterial (JEQUIÉ, 2008).

Na análise desses documentos percebemos uma supervalorização do medicamento, destacando sua capacidade de ação na melhoria das condições de saúde da população, fato que demonstra contradições, considerando que o entrevistado 4, formulador da política, ressalta a interrelação da alimentação, atividade física e uso adequado dos medicamentos.

Portanto, é preciso considerar a importância desses aspectos ao se delinear ações para a hipertensão arterial, tanto na formulação de políticas como no processo de trabalho dos profissionais de saúde das ESF, que não se limita ao uso da medicação, mas à valorização dos DSS que permeiam essa doença.

Contudo, os depoimentos dos entrevistados 8 e 10, profissionais de saúde, evidenciam que adquirir a medicação tem sido o principal objetivo dos usuários cadastrados nas USF:

[...] **o Programa Hiperdia ele acaba sendo muito tratamento**, eu acredito que seja isso [...] porque na verdade o paciente vem aqui para buscar apenas a medicação [...] até o próprio usuário ele liga o Programa apenas a medicação, né? **Muitos vêm apenas atrás da medicação** [...] (Ent. 8 - Grupo II).

É um Programa muito bom, atende todos os hipertensos de maneira bem equilibrada. **O importante é que esse atendimento prevê o uso da medicação** [...] (Ent. 10 - Grupo II).

O entrevistado 25, usuário, complementa os depoimentos anteriores ao enfatizar que:

[...] **na parte da pressão deve continuar dando o remédio direitinho** [...] **acompanhar o remédio da pressão**, a gente tomando eles tem a esperança de viver mais [...] (Ent. 25 - Grupo III).

Os depoimentos dos entrevistados 8 e 10, profissionais de saúde, e do entrevistado 25, usuário, revelam que as ações desenvolvidas no programa que atende os usuários com hipertensão arterial têm sido valorizadas por estes, pelo fornecimento e acompanhamento do uso da medicação.

Por meio da observação realizada em uma USF, notamos que a postura de alguns profissionais reforça esta supervalorização do medicamento. Durante a consulta, havia uma grande quantidade de medicação sobre a mesa e em muitos momentos o profissional não olhava para o usuário, quando o mesmo expunha suas necessidades de saúde. Assim, o profissional permanecia de cabeça baixa e registrava no prontuário algumas informações e, em seguida, fornecia o medicamento.

Acreditamos que essas condutas podem interferir negativamente no entendimento dos usuários sobre as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que não devem se restringir ao fornecimento da medicação, mas vislumbrar o conhecimento dos DSS e das subjetividades que permeiam o cotidiano dos usuários com hipertensão, no intuito de estimular mudanças no estilo de vida.

Dessa maneira, na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial urge a necessidade dos profissionais de saúde enfatizarem que o tratamento requer a adoção de hábitos saudáveis de vida, somado ao uso correto da medicação, e não apenas se restringir a este último.

Vale destacarmos, ainda, que neste estudo foi evidenciada pelos entrevistados a ênfase dada à utilização da medicação no tratamento, além de questões relacionadas ao seu acesso, que convém ressaltarmos a seguir.

A inclusão da Assistência Farmacêutica como responsabilidade do SUS ocorreu em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 1990, e em 1998, após um processo de discussão e negociação entre as esferas do governo, indústria, sociedade civil e academia, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com o objetivo de garantir o acesso da população a medicamentos essenciais de qualidade e com uso racional (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A PNM define a Assistência Farmacêutica como

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado às ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficiência terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento, e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamento (BRASIL, 1998b, p. 15).

Acreditamos que a implantação da PNM representa um avanço para uma atenção de qualidade, no intuito de assegurar que, ao iniciar o tratamento medicamentoso, o usuário possa dar continuidade, sem retardo em iniciar e/ou interromper o tratamento.

As ações da assistência farmacêutica permeiam todas as instâncias do SUS, inclusive o setor privado, mas é no setor público que ela define as diferentes esferas de governo, atribuindo-lhes as respectivas responsabilidades no provimento de medicamentos. Assim, ao gestor federal caberia organizar e desenvolver ações de implementação da PNM e a aquisição de medicamentos em situações especiais; em nível estadual, as ações deveriam dar suporte aos municípios e à aquisição de medicamentos denominados 'excepcionais' ou de dispensação excepcional; e aos municípios caberia executar diretamente as ações de assistência farmacêutica, inclusive a dispensação de medicamentos aos usuários (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Nesse sentido, em janeiro de 2006 foi criada, no município de Jequié, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), em virtude das dificuldades apresentadas pelo município em atender a necessidade de acesso ao medicamento, sendo composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos, com o objetivo de auxiliar o gestor e equipe de saúde sobre a padronização do elenco de medicamentos e o estabelecimento de critérios e normas para sua inclusão e exclusão.

De acordo com o Relatório de Gestão 2006 (Doc. 2), a implantação da CFT surgiu, em função da insuficiência de recursos para atendimento da programação mensal das quantidades de medicamentos necessários, da diminuição do poder aquisitivo da população, o que ocasionou maior utilização dos serviços do SUS, inclusive o da Assistência Farmacêutica, entre outros (JEQUIÉ, 2007).

Nesse contexto, a CFT avalia a necessidade do usuário fazer uso de uma determinada medicação, no intuito de assegurar o direito de acesso ao medicamento, conforme é explicitado no depoimento do entrevistado 2, formulador da política:

[...] a finalidade dessa Comissão (farmacêutica) é assessorar o gestor de saúde e equipe da secretaria, tudo relacionado à medicação, desde a parte de armazenamento, de acompanhamento do usuário, de padronizar as medicações do município [...] porque a gente segue uma Portaria do Ministério da Saúde, mas aquelas necessidades de perfil epidemiológico do município em cima da real necessidade do usuário [...] seguimos os protocolos dentro da Comissão e o paciente sendo aprovado pela Comissão, o usuário recebe a medicação independente de custos, independente da patologia, tendo a necessidade, sendo a responsabilidade do município, nós custeamos todas as medicações e acompanhamos esses usuários [...] não existe uma padronização dentro dessa Comissão, existe a necessidade do usuário, nós tentamos atender desde quando tenha toda documentação que a Comissão exige, que é: identidade, comprovante de residência, cartão SUS, receita médica, exames complementares, o termo de consentimento da Comissão. A Comissão avalia muitos processos, abre o processo pela própria Secretaria e o processo ele é avaliado (Ent. 2 - Grupo I).

O entrevistado 2, enfatiza que a CFT dispõe de um conjunto de atividades que acompanha o armazenamento e padronização dos medicamentos, bem como viabiliza o uso destes com base nas necessidades do usuário e na responsabilização do município em custeá-los.

Mediante o contexto explicitado, o usuário deverá ter assegurado o direito de acesso aos medicamentos de acordo com sua necessidade de saúde, o que implica em benefícios para sua condição de vida e saúde.

O acesso ao medicamento é estabelecido pela relação entre a necessidade de medicamentos e sua oferta, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no local requerido pelo usuário, com a garantia de sua qualidade e informação suficiente para o uso adequado. Ou seja, o acesso ao medicamento se concretiza quando ocorre sua utilização (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Em nossas observações nas USF pesquisadas, percebemos algumas contradições a respeito do armazenamento e acesso ao medicamento. Embora o entrevistado 2, formulador da política, afirme que a CFT busca acompanhar o armazenamento dos medicamentos e atender a “necessidade do usuário”, notamos que muitos usuários tinham em sua prescrição medicamentos que não constavam no elenco da Farmácia Básica e não eram encaminhados pelos profissionais da equipe para a CFT, o que lhes obrigava a ficar sem o uso do medicamento por não ter condição financeira para adquiri-lo. Assim, evidenciamos que o acesso ao medicamento para estes usuários ficava prejudicado em função da falta de integração entre os profissionais das USF e os membros da CFT.

Em relação ao armazenamento dos medicamentos também pudemos constatar que a instalação física nas USF para acondicionamento das medicações era precária, com ausência de climatização e localização inadequada, considerando a exposição direta aos raios solares e ao clima do município de Jequié, o que pode comprometer a eficácia do medicamento.

Essa afirmativa coaduna com as informações encontradas no Relatório Anual de Gestão 2007 (Doc. 3), no qual são identificadas algumas limitações no que se refere ao funcionamento da Assistência Farmacêutica no município de Jequié, devido a não existência de um local apropriado para o armazenamento do medicamento, que deveria ter um ambiente climatizado numa temperatura entre 15° e 30° e com boa iluminação. No entanto, as farmácias das USF ainda não possuem climatizações e estão expostas à incidência do sol a maior parte do dia (JEQUIÉ, 2008).

Em geral, o armazenamento do medicamento de muitas Unidades de Saúde é realizado de forma amadora, com baixos critérios de qualidade, o que compromete a qualidade dos medicamentos e o cuidado prestado pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Desse modo, nem sempre a utilização do medicamento representa o alcance do objetivo de gerar benefícios para a saúde do usuário, tornando-se necessário observar as questões relacionadas ao uso adequado, bem como às condições de armazenamento.

A implantação do Hiperdia também pode ser considerada uma forma de assegurar o acesso ao medicamento, a partir das informações obtidas durante o cadastramento dos usuários que são acompanhados nas USF. Esse cadastramento possibilita informações sobre os medicamentos utilizados pelo usuário com sua respectiva posologia, o que permite o planejamento sobre a aquisição de medicamentos com maior fidedignidade quanto ao tipo e quantidade, no intuito de que não venha a faltar o medicamento ao usuário, fato que prejudica o cuidado prestado.

Ressaltamos que além da medicação, o Hiperdia possibilita ainda detectar indicadores que permitem a avaliação da situação de saúde dos usuários cadastrados, o que poderá impulsionar ações condizentes com o perfil epidemiológico encontrado.

Entretanto, o depoimento do entrevistado 1, formulador da política, evidencia que os indicadores têm sido analisados como um fim em si mesmo, sem uma articulação entre o indicador e a situação de saúde da população:

[...] **a gente está sempre trabalhando com indicadores**, então de seis em seis meses a gente puxa esses relatórios **para ver como é que está o sistema de informação** [...] (Ent. 1 - Grupo I).

A nosso ver, o entrevistado 1 demonstra que os indicadores podem ser utilizados como forma de avaliar o próprio sistema de informação, sem um direcionamento mais efetivo desta análise como instrumento para a avaliação e tomada de decisão no processo de trabalho das ESF, e no planejamento das ações de acompanhamento da hipertensão arterial no município.

O depoimento do entrevistado 3, formulador da política, identifica que os indicadores são utilizados para a avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes de

saúde e aponta para a melhoria na qualidade do registro do número de hipertensos e diabéticos que são cadastrados e acompanhados nas USF:

[...] verificando através de indicadores específicos, como é que o trabalho tem sido desenvolvido [...] se as ações estão realmente sendo aplicadas a contento, se precisa de alguma outra ação que possa vir a reforçar e estarmos mostrando através de números, no caso de indicadores, um melhor resultado [...] um problema muito sério era as Unidades silenciosas, por mais que exista registro de casos de hipertensão e diabetes, mas a gente sofria com as Unidades que se apresentavam silenciosas, foi feito um trabalho bem específico nessa questão e a gente já tem percebido através dos relatórios do sistema que a situação realmente tem mudado [...] (Ent. 3 - Grupo I).

Contudo, o depoimento do entrevistado 4, formulador da política, apresenta-se divergente ao entrevistado 3, em relação a confiabilidade dos dados do Hiperdia:

[...] o Departamento também ele avalia os indicadores [...] e tem sim um número de hipertensos cadastrados, então a gente precisa saber em que o município está melhorando, qual é o indicador da quantidade de hipertensos cadastrados e acompanhados, tem o SIAB também que norteia mais ou menos pra gente saber quantos estão cadastrados, desses, quantos são acompanhados, como é que está sendo esse acompanhamento, então a gente avalia todos esses indicadores [...] A gente tem nossas reuniões mensais onde a gente discute sobre os Programas, sobre o que está precisando melhorar e as dúvidas das Equipes [...] quando puxa as planilhas é tudo como se tivesse uma subnotificação, existe um subnotificação no Hiperdia [...] (Ent. 4 - Grupo I).

Evidenciamos que há entre os entrevistados 3 e 4, formuladores da política, contradições que demonstram fragilidades em sua atuação no que se refere a um trabalho integrado, na perspectiva de construir um planejamento das ações de saúde direcionado ao perfil epidemiológico do município.

Segundo o DATASUS (BRASIL, 2010c) há uma estimativa de 22.068 pessoas com hipertensão arterial no município de Jequié, destes apenas 7.702 estão vinculadas às Unidades de Saúde, o que significa um número elevado de pessoas expostas as complicações decorrentes desta doença. Essas pessoas muitas vezes adentram aos serviços de saúde por diversos motivos, porém seu problema e/ou necessidade de saúde nem sempre são percebidos pelos trabalhadores de saúde, a exemplo da pessoa com hipertensão arterial.

Por este motivo, muitas vezes o usuário só é atendido quando apresenta elevação da pressão arterial e a partir daí é cadastrado no Programa. Nesse sentido, nem sempre as estatísticas expressam fidedignamente o quantitativo de pessoas acometidas por uma determinada doença ou agravo, ocorrendo subnotificação e em outros momentos subregistro.

Para Pereira (2007) as atividades dos técnicos responsáveis pela coordenação do Hiperdia são bastante restritas, não incluindo o monitoramento de indicadores e o planejamento de ações em sintonia com as equipes de saúde, o que dificulta impulsionar melhoria na qualidade da atenção prestada.

Assim, a utilização do Hiperdia no município de Jequié tem apresentado limitações em seu processo de alimentação do sistema e na avaliação dos dados, o que pode refletir em prejuízos no que se refere ao potencial de sua utilização como um dos instrumentos de gestão na tomada de decisão e no planejamento das ações voltadas à produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial.

4.2.2 Subcategoria 2.2 - Processo de trabalho das ESF: encontros e desencontros

Para Travassos e Viacava (2007), diversos aspectos interferem significativamente no acesso dos usuários aos serviços de saúde, entre os quais se destacam o acesso geográfico, que está relacionado à distância, tempo e transporte; as variáveis de natureza econômica e social.

A existência de um desses aspectos, isolado ou associado, reflete fortemente no acesso dos usuários à unidade de saúde, por representar barreiras que muitas vezes impedem até mesmo que este tenha a oportunidade de procurar o serviço de saúde.

Nesse sentido, o depoimento do entrevistado 24, usuário, demonstra que a distância geográfica existente entre a USF e a área que reside representa um **limite** de acesso.

Somente a distância que deixa a gente preocupado porque se estiver chovendo, a gente não pode vim, porque a gente lembra que lá perto tem um posto [...] na região da gente tem um posto, né? Se fosse atendido ainda mais perto era melhor pra gente, pra gente chegar mais cedo, meu pai mesmo eu tenho muita dificuldade pra trazer ele, ele já tá com 83 anos, aí precisa arrumar carro pra trazer ele... Lá (zona rural) tem um posto perto, mas nunca funcionou (Ent. 24 - Grupo III).

O depoimento deste usuário denota a existência de barreiras geográficas que dificulta o acesso ao serviço de saúde, devido à falta de condições físicas para percorrer grandes distâncias até chegar à unidade de saúde, o que, segundo o entrevistado, poderia ser evitado se a unidade tivesse sido construída no ‘posto’ que já existe próximo da localidade onde reside.

Por conseguinte, a implantação de uma USF deve assegurar condições geográficas favoráveis para que o usuário consiga obter os cuidados de saúde não apenas quando adentra a unidade de saúde, mas sempre que o usuário estiver na unidade. A sua presença deve gerar na equipe de saúde a responsabilidade em proporcionar um cuidado que se traduza em resolubilidade para suas necessidades de saúde.

A implantação de uma USF deve envolver a comunidade para que a população possa participar ativamente de todo o processo de implantação, a fim de esclarecer os motivos que levam uma USF a ser construída em determinado local, ou mesmo discutir com a comunidade sobre o espaço mais adequado para sua construção.

Ao analisarmos o Relatório Anual de Gestão 2007 (Doc. 3) encontramos como uma das ações implementadas a realização de reuniões com diversas comunidades, com o objetivo de melhor atender as necessidades dos usuários (JEQUIÉ, 2008).

Entretanto, o depoimento do entrevistado 22, usuário, enfatiza a falta de reuniões para se discutir o funcionamento da USF e as necessidades de saúde da população

[...] eu nunca participei da reunião aqui, não sei como funciona, eu acharia que poderia as pessoas se inteirar mais, ser mais informada para que a gente pudesse dizer realmente do que somos carentes, do que precisamos, ser assim um ponto de partida para que viesse realmente uma forma de instrução, de tratamento mais adequada [...] (Ent. 22 - Grupo III).

O depoimento evidencia que não têm acontecido momentos de diálogo entre as ESF e a comunidade, de modo que a participação dos usuários possa construir conjuntamente formas mais adequadas, tanto no que se refere à organização dos serviços ofertados, como na discussão dos problemas e/ou necessidades de saúde.

Por sua vez, o depoimento do entrevistado 9, profissional de saúde, apresenta-se divergente do depoimento do entrevistado 22, ao afirmar que a população tem demonstrado resistência em participar de atividades comunitárias.

[...] existe ainda uma resistência em relação à participação em atividades educativas e reuniões comunitárias, para as consultas eles têm uma boa adesão [...] (Ent. 9 - Grupo II).

Se os usuários têm uma boa adesão às consultas realizadas na USF, segundo o entrevistado, o mesmo não ocorre nas atividades educativas e comunitárias, nos parecendo que ainda persiste a visão biologicista da saúde por parte de alguns usuários, sendo necessária a realização de ações que suscitem um entendimento mais amplo sobre os determinantes que interferem no processo saúde-doença.

Quando a população não percebe a relação desses determinantes, pode ocorrer a valorização de um profissional da equipe, geralmente o médico, por acreditar que apenas seus conhecimentos e saberes sejam suficientes para interferir na sua situação de saúde.

Para Assis et al. (2010), a participação efetiva da população na luta diária por melhorias dos serviços, bem como na reorganização do processo de trabalho das unidades de saúde tem potencial para contribuir na efetivação do acesso aos serviços de saúde.

Ao exercer a cidadania o usuário reafirma seu direito à saúde e o potencial de responsabilização nas decisões que devem ser delineadas conjuntamente com a equipe de saúde, o que possibilita a valorização de todos os envolvidos no processo de trabalho das USF.

Entretanto, o depoimento do entrevistado 20, usuário, evidencia a supervalorização do profissional médico em detrimento do trabalho desenvolvido pela equipe:

Aqui mesmo nós levamos quase dois anos **sem atendimento médico, então eu adoeci fiquei preocupada, achei que ia morrer sem ter atendimento médico**, foi quando eles fizeram esse posto, a gente esperou fazer, inaugurar, pra gente poder ser atendido [...] (Ent. 20 - Grupo III).

No processo de trabalho, cuja predominância é a visão ‘procedimento-médico centrado’, a consulta médica é o centro do trabalho da equipe, o que torna os profissionais não médicos sem autonomia para atuar junto à população e os ‘procedimentos’ passam a centralizar o campo tecnológico para responder às necessidades dos usuários. Portanto, nada assegura que no PSF haverá ruptura com a dinâmica médico centrada, mesmo que seja preconizado que seu trabalho deve ser realizado por uma equipe multiprofissional (FRANCO; MERHY, 2007).

A atuação da equipe de saúde pode interferir tanto para reforçar como para negar a existência de um trabalho multiprofissional, mesmo que os usuários tenham o entendimento de que o médico seja o profissional que poderá responder por suas necessidades, o que não se concretiza em algumas situações, em virtude destas necessidades estarem relacionadas com as suas condições de vida.

Nesse caso, a equipe de saúde, poderá contribuir com ações educativas e reuniões comunitárias para esclarecer sobre a importância do trabalho em equipe, contudo, torna-se imprescindível que os profissionais da equipe de saúde no cotidiano de seu trabalho atuem com a integração necessária a uma equipe, de modo que os usuários possam perceber que todo profissional tem conhecimentos e saberes que podem contribuir na produção do cuidado e na melhoria da situação de saúde da comunidade.

Embora o entrevistado 20, usuário, afirme que a implantação do PSF assegurou o acesso da comunidade ao atendimento médico, há contradições com os depoimentos dos entrevistados 10 e 11, profissionais de saúde, ao revelar que este acesso é dificultado pela carga horária reduzida que o médico dispõe para atuar na USF:

[...] chega aqui a pressão está elevada e precisa voltar no médico, voltar na enfermeira e muitas vezes o médico só atende um turno e dificulta mais esse processo [...] A gente retorna o paciente para a enfermeira, a enfermeira verifica a pressão de novo, ele retorna para o médico, para o médico alterar a medicação. Só que muitas vezes **esse processo é lento, devido à quantidade de hipertenso e também devido ao médico que só atende um turno [...]** (Ent. 10 - Grupo II).

[...] eu adoraria que [...] eu tivesse aqui e ele (médico) tivesse aqui, porque às vezes eu tenho problemas aqui de pessoas com pressão elevadíssimas [...] (Ent. 11 - Grupo II).

O depoimento do entrevistado 25, usuário, apresenta-se convergente aos depoimentos dos entrevistados 10 e 11 no que se refere à dificuldade de acesso ao atendimento do profissional médico na USF:

[...] Aqui nem sempre tem médico, o que é ruim, porque se chegar doente aqui e não ter médico, a gente tem que ir para o PA, o que é ruim, pois devia ter médico todo dia no posto. Aí o jeito é ir ao PA, pois tem médico todo dia, no posto não tem. Aqui era para ter médico todo dia, isso tinha que mudar [...] (Ent. 25 - Grupo III).

Mediante o exposto, o trabalho da equipe se torna fragmentado, o que prejudica a agilidade de intervenção da equipe frente aos usuários que necessitam do cuidado naquele momento.

Nos depoimentos, fica evidenciado que o acesso ao atendimento médico dificulta o trabalho do PSF no município de Jequié, pois o torna fragmentado, com dificuldade de resolubilidade frente às situações de saúde apresentadas pelos usuários com hipertensão.

Tal situação representa um limite de acesso dos usuários às consultas que deveriam ser garantidas por esta unidade, uma vez que todos os profissionais têm 40 horas semanais como carga horária de trabalho, como preconiza o Ministério da Saúde, o que também não significa que o médico deva realizar apenas consultas, mas se envolver em todos os aspectos que interferem no processo saúde-doença da comunidade.

Para Assis et al. (2010), o acesso em suas dimensões geográfica e funcional deve ser considerado como um dispositivo que atenda às necessidades dos usuários do serviço de saúde, de maneira a assegurar a garantia da resolubilidade.

Assim, o acesso pressupõe que seja valorizada a singularidade de cada situação que leva o usuário a procurar a equipe de saúde e que se encontre em condições favoráveis nos aspectos de organização da unidade de saúde, nos aspectos relacionais entre profissionais de saúde e usuário, além de possibilitar o atendimento com

resolubilidade deste usuário no fluxo dos serviços ofertados na rede de atenção, de acordo com suas necessidades.

As barreiras relacionadas com a organização dos serviços de saúde podem estar associadas ou não às geográficas, e, quando ambas estão presentes ao cotidiano das USF, além de não atender aos princípios do SUS, originam dificuldades para que o usuário consiga efetivar o direito à saúde que é inerente a todo cidadão.

O depoimento do entrevistado 23, usuário, morador da zona rural, retrata a dificuldade de acesso ao serviço de saúde em função da barreira geográfica, do horário de funcionamento da USF e da carga horária reduzida dos médicos da equipe:

[...] Negócio é quando a gente adoece fora do horário que não tem médico, fica difícil, também nem todos os dias tem médico, aí a gente fica sem saber se vai pra Apuarema, se vem aqui, outra hora a gente vai pra Apuarema, de Apuarema a gente volta praqui, daqui a gente tem que ir pra Jequié [...] **Aqui o problema é só à noite, porque se a gente ficar doente à noite fica difícil, porque a gente não acha médico de maneira nenhuma e a gente tem que sair pra fora, pra outros lugares, não tem uma ambulância pra sair daqui, se adoecer de noite as pessoas cobram muito caro.** Eu já passei mal várias vezes, meus irmãos lá, eles têm carro, meus cunhados, **eu mesmo faço um sacrifício, mas tem muitas pessoas que não têm condição de sair,** mas eu sempre, graças a Deus, acho carro e a gente vai pro PA ou pro hospital [...] (Ent. 23 - Grupo III).

Neste depoimento, o usuário evidencia que os moradores da zona rural encontram dificuldade no atendimento de urgência durante os horários que não são de funcionamento da USF, o que ocasiona custos para os moradores conseguirem o atendimento e exclui aqueles que não podem pagar um transporte para ir a outra localidade que tenha um serviço de urgência.

Tal situação denota ainda a necessidade de um planejamento que assegure o acesso ao serviço de urgência, a partir da discussão com a comunidade, com profissionais e gestores da saúde sobre as estratégias que podem ser delineadas para a resolução desta problemática.

Também foi identificado como **limite** a marcação de exames pelos entrevistados 9 e 18, profissionais de saúde:

[...] a gente não tem uma cota suficiente, como raio-X, eletrocardiograma [...] (Ent. 9 - Grupo II).

[...] a cota é pouca, aqui não tem internet, às vezes para marcar exames o rapaz daqui vai lá (Jequié) marcar. Tem a cota daqui, mas quem tem acesso à Internet já marca na mesma hora, né? Aqui (zona rural) é tudo mais complicado, quando chega (a cota) já não tem mais vaga, por mais que tenha, que é mínima a cota, mas se a gente tivesse (a Internet) a gente estaria interagindo com eles, estaria marcando por igual [...] é uma coisa que a gente torce pra ser marcado, mas às vezes não consegue [...] **às vezes tem que fazer um eco, um eletro, demora muito, tem raio-X aí mesmo que tem um ano, dois anos, sabe?** [...] (Ent. 18 - Grupo II).

Os depoimentos dos entrevistados 22 e 23, usuários, convergem aos depoimentos dos entrevistados 9 e 18, ao reforçarem que têm dificuldades na marcação de exames:

[...] muitos exames que precisam, realmente muito mesmo, então está deixando a desejar [...] (Ent. 22 - Grupo III).

[...] Porque aqui pra gente marcar exames tem que procurar o administrador e aí tenho muitos exames que passa de marcar [...] (Ent. 23 - Grupo III).

Os profissionais de saúde demonstram que existe a dificuldade para marcação de exames complementares em função de insuficiência do número de cotas. Isto ocorre tanto na zona rural quanto na zona urbana, mas a zona rural possui o agravante de não poder marcar o exame na própria unidade de saúde em função da localidade não dispor de acesso à internet que é a via de marcação.

Também na zona rural a estratégia de marcação de exames ocorre por intermédio do administrador da localidade, que nem sempre consegue agilidade na marcação. Isto também pode implicar em troca de favores, o que pode interferir no entendimento da saúde como direito social.

Assim, os usuários encontram dificuldades no direito de realização de exames necessários para o acompanhamento da sua situação de saúde, o que traz obstáculos à qualidade do acompanhamento realizado na unidade de saúde e ocasiona prejuízos à saúde da comunidade.

No Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (Doc. 1), um dos problemas do serviço de saúde priorizado é a demora na marcação dos exames e procedimentos agendados nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família (JEQUIÉ,

2006). Entretanto, os depoimentos dos entrevistados 9 e 18 revelam que não houve avanços para conseguir resolvê-los.

Além da dificuldade para marcação de exames, foi evidenciado **limites** no sistema de referência e contra-referência (RCR), conforme depoimento do entrevistado 9 e 14, profissionais de saúde:

[...] a referência e contra-referência para pacientes que precisam de uma quimioterapia [...] dificuldade também de tá referenciando pra alguns exames [...] referência para especialistas, no caso seria a referência e contra-referência (Ent. 9 - Grupo II).

[...] Sobre ainda o hipertenso a gente ainda tem algumas limitações, a gente sabe que o hipertenso vai estar necessariamente fazendo sua rotina no Hiperdia anualmente e agente tem limitação nos encaminhamentos, a referência e contra-referência não acontece plenamente, o paciente precisa passar pelo cardiologista, pelo nefrologista, não tem nefro disponível pra atender [...] Nós temos um Hiperdia para evitar as complicações, mas elas acontecem, a gente reduziu muito, as poucas que acontece, a gente não consegue o profissional, isso é complicado, acho que ainda tá pecando muito [...] (Ent. 14 - Grupo II).

O sistema de RCR deve ser organizado em função do grau de necessidade de cada usuário, com base no nível de complexidade da rede, no intuito de oferecer atenção integral à saúde das pessoas de acordo com as atribuições estabelecidas em cada nível e com um fluxo ordenado de usuários (ASSIS et al., 2010).

Assim, a busca pela integralidade da atenção perpassa pela garantia da continuidade do cuidado, a fim de possibilitar que o usuário possa ter acesso em todos os níveis de atenção às especialidades e aos serviços de urgência e emergência.

Durante a observação em uma USF, o usuário relata para o enfermeiro a dificuldade em conseguir marcar consulta com o urologista, reclamando que não deveria demorar tanto, pois sua situação poderia piorar. O enfermeiro explica que a unidade não dispunha de cota para urologista, mas caso ele venha a sentir algo deve procurar a unidade. O usuário diz que a unidade não deveria esperar 'sentir alguma coisa' para conseguir marcar a consulta, informa que há quatro anos foi ao urologista e que gostaria de fazer a prevenção para o câncer de próstata. Após reivindicar a consulta ao urologista, o usuário vai embora da unidade sem previsão de quando irá marcá-la.

Nesta observação ficou evidente que a unidade de saúde não proporcionou uma resposta efetiva para a necessidade de saúde apresentada pelo usuário. Por sua vez, o usuário estava atento à importância da realização de exames que propiciem a prevenção de doenças, no entanto, ele não teve acesso à especialidade que poderia atender à sua expectativa.

Mediante os depoimentos, nas observações realizadas nas USF e na análise dos documentos, identificamos a ausência de estratégias que possam potencializar a RCR no município de Jequié, sendo um grande obstáculo a ser vencido para que seja assegurada a continuidade do cuidado aos usuários.

O depoimento do entrevistado 9, profissional de saúde, aponta como **limite** a falta de profissional de educação física que possa desenvolver atividades com os usuários:

[...] para estar montando um grupo que desenvolvesse atividades mais lúdicas, **com educação física, caminhada, eu acho que é um limite para o Programa de hipertensão que volta e cai na questão da falta de outros profissionais inseridos na equipe ou de uma referência pra eles [...]** (Ent. 9 - Grupo II).

O depoimento do entrevistado 2, formulador da política, converge com o depoimento do entrevistado 9, profissional de saúde, ao enfatizar a importância da atividade física no cuidado aos usuários com hipertensão:

[...] eu acho que é importante [...] **ter o professor de educação física, para estar acompanhando aquele usuário na Unidade, porque hoje a gente vê que a atividade física é uma das prioridades para um paciente com hipertensão, com diabetes [...]** (Ent. 2 - Grupo I).

Estes depoimentos evidenciam que as ESF não têm conseguido desenvolver atividades físicas com a comunidade, em virtude da falta de profissionais de educação física, inserido nas USF ou da inexistência de uma unidade para referenciar os usuários.

Nesse sentido, o trabalho realizado com o suporte proporcionado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) poderá ampliar as possibilidades de um cuidado voltado às necessidades de saúde da comunidade.

O Ministério da Saúde, no ano de 2008, instituiu a criação dos NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar sua resolubilidade; para isto, sua equipe deve ser constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, entre outros, para atuar no apoio e em parceria com as ESF, de acordo com os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais (BRASIL, 2010a).

O entrevistado 9 ao afirmar que “falta de outros profissionais inseridos na equipe ou de uma referência pra eles”, aponta para a necessidade do município de Jequié implantar o NASF, tendo em vista assegurar o acesso dos usuários ao profissional que possa desenvolver atividades físicas.

A inserção das práticas corporais/atividade física se configura uma estratégia para enfrentamento da prevalência ascendente das doenças do aparelho circulatório, em decorrência dos benefícios de proteção frente a essas doenças (BRASIL, 2010a).

Embora a equipe de saúde e os formuladores da política reconheçam os benefícios da atividade física, a falta desses profissionais inseridos na rede básica se constitui em obstáculos ao acesso dos usuários a essas atividades.

A falta de outros profissionais que possam dar suporte às USF também é evidenciada pelos entrevistados 6, 9 e 13, profissionais de saúde:

[...] porque aqui tem gente que tem um estilo de vida ou muito sedentária ou um estilo de vida muito estressante [...] mas infelizmente o Programa não tem condição de abraçar [...] **O limite é a falta de profissionais** [...] eu acho que é extremamente importante, até mais por essa parte que a gente sabe que envolve o processo saúde-doença, porque é muito mais do que isso, **a gente vê esses problemas familiares se tivesse um psicólogo, essa parte de nível de condições socioeconômicas, se tivesse um assistente social, então acho assim que o limite é esse: é não ter esse profissional** (Ent. 6 - Grupo II).

[...] **precisa de uma assistente social, precisaria de um núcleo de apoio pra outras questões a gente não tem as referências** [...] **A gente não tem assistente social, não tem fisioterapeuta, um psicólogo, porque o controle da hipertensão como são problemas socioeconômicos a gente não resolve só com remédio** e nem com atividade educativa muitas vezes, depende de outros fatores [...] (Ent. 9 - Grupo II).

[...] **Eu gostaria que a gente tivesse o NASF funcionando**, porque eu acho que é uma perspectiva de fazer um trabalho [...] organizado em cima disso, eu sei que o NASF veio pra dar apoio, vai vir pra dar apoio, aí **eu acho que seria melhor um nutricionista, porque a hipertensão está muito ligada a nutrição, a alimentação** [...] **um educador físico** [...] (Ent. 13 - Grupo II).

Estes depoimentos evidenciam que a produção do cuidado aos usuários com hipertensão está relacionada com a sua condição de vida e saúde, o que aponta para a necessidade de profissionais que possam contribuir com a resolubilidade de situações que uma equipe mínima de PSF não consegue resolver.

O entrevistado 13 refere que o NASF possui potencial para contribuir com o trabalho das ESF em virtude da presença de uma equipe com diferentes profissionais que atuam numa perspectiva de apoio e parceria com as ESF.

O Relatório Anual de Gestão 2007 apresenta a implantação de três NASF's como proposta a ser implementada no município de Jequié para o ano de 2008 (JEQUIÉ, 2008). Contudo, identificamos, por meio dos depoimentos e das observações em campo, que não houve avanços nessa proposta, o que tem trazido dificuldades para o desenvolvimento de um processo de trabalho mais resolutivo.

O entrevistado 22, usuário, apresenta um depoimento convergente aos depoimentos dos entrevistados 6, 9 e 13, profissionais de saúde, ao referir-se à falta de profissionais que atuem de acordo com as necessidades da comunidade:

[...] queremos profissionais, pra que esses profissionais possam agir dentro das expectativas, das necessidades das pessoas, porque esse é realmente é o fator principal, profissional que possa ajudar mais, porque é muita gente, a demanda é muito grande, e realmente os serviços são poucos [...] (Ent. 22 - Grupo III).

O usuário demonstra a expectativa da população em relação ao acesso a profissionais que possam ampliar as condições de resolubilidade para suas necessidades de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, com a criação do NASF há a implementação do apoio matricial que será

formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuários, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso (BRASIL, 2010a, p. 12).

Nesse sentido, a implantação do NASF busca proporcionar condições às ESF de encaminhar situações encontradas no cotidiano de seu trabalho junto aos usuários, família e comunidade, no intuito de assegurar ações de acordo com os problemas e/ou necessidades identificadas pelas ESF.

O NASF é formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, sua atuação envolve o conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de ESF e habilidades que estejam em consonância com o paradigma do PSF, e possui o compromisso de desenvolver a promoção de mudanças na atitude dos profissionais das USF e entre o próprio NASF. Suas ações devem ter caráter intersetorial, interdisciplinar, com ênfase na promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de fomentar a humanização dos serviços, educação permanente, integralidade do cuidado e organização territorial (BRASIL, 2010a).

Nesse contexto, o NASF atua junto ao PSF na perspectiva de contribuir com a equipe de saúde e com a população, no intuito de planejar e avaliar as ações a serem desenvolvidas a partir de uma construção compartilhada, para acionar o apoio e a ampliação da capacidade de atuação das ESF frente aos problemas e necessidades de saúde identificadas.

O depoimento de entrevistado 2, formulador da política, apresenta-se diferente ao evidenciar a importância do profissional farmacêutico no NASF para se conseguir um acompanhamento mais efetivo do uso racional e adequado do medicamento:

[...] e o profissional farmacêutico no NASF é em relação a isso, é você está tendo um acompanhamento é realmente ter um profissional para estar orientando, quantos pacientes chegam em casa e colocam a medicação na geladeira, quantos colocam em cima de uma televisão para lembrar e a gente sabe que a televisão tem raios, que esquenta, isso tudo altera a medicação [...] **as Unidades de Saúde da Família, em relação a assistência farmacêutica ainda está deixando a desejar em muita coisa**, por não estar perto, por não ter profissional atuando nessa área [...] **porque a gente tem que ter acompanhamento da resposta terapêutica, acompanhamento se aquela medicação está tendo resposta ao usuário, se aquela dosagem está realmente adequada aquele paciente** (Ent. 2 - Grupo I).

Para o entrevistado 2, as USF necessitam de um acompanhamento mais criterioso no que se refere à assistência farmacêutica, sendo a inserção do farmacêutico no NASF a possibilidade de viabilizar condições favoráveis a uma resposta mais adequada do tratamento medicamentoso.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera que a inclusão da Assistência Farmacêutica é uma das áreas estratégicas de atuação do NASF, que visa assegurar o acesso aos medicamentos com segurança, eficácia e resolubilidade da atenção de forma integrada a várias ESF, e o profissional farmacêutico contribuirá para elevar a qualidade da Assistência Farmacêutica por meio de uma atuação interdisciplinar com as ESF, de modo que se co-responsabilize pela saúde da população da área adscrita, na perspectiva da integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Considerando que a hipertensão arterial é uma doença que em muitos casos é tratada com uso contínuo de medicamento, torna-se relevante o acompanhamento mais específico sobre sua ação na saúde dos usuários, bem como a realização de monitoramento sobre o acondicionamento adequado tanto nas unidades de saúde como nos domicílios dos usuários que adquirem o medicamento, com o propósito de obter uma resposta efetiva e adequada.

Os depoimentos dos entrevistados 6 e 10, profissionais de saúde, evidenciam como um **avanço** a aquisição do medicamento nas USF:

[...] **Um avanço também é a gente ter a medicação, porque é raro faltar a medicação de pressão** [...] (Ent. 6 - Grupo II).

[...] a pessoa sai medicado, isso é importante [...] **passa pelo médico, passa pela enfermeira e o paciente já sair com a medicação em mãos, isso é um grande avanço** [...] (Ent. 10 - Grupo II).

Os entrevistados 22 e 24, usuários, apresentam depoimentos convergentes aos depoimentos dos entrevistados 6 e 10, profissionais de saúde, no que se refere ao acesso ao medicamento:

Em primeiro lugar é o medicamento porque **a gente nunca veio aqui pra voltar sem o medicamento, eu nunca comprei meu medicamento** [...] eu nunca voltei sem medicamento [...] (Ent. 24 - Grupo III).

[...] **o acesso que as pessoas têm em conseguir o remédio**, porque sabemos que são muitas pessoas diferentes que usam remédios diferentes e **tem remédios que são um pouco caro e tem pessoas que não tem dinheiro pra comprar, então isso ajuda porque já tendo, o governo fornecendo esse medicamento diminui a preocupação de quem já usa esse medicamento, porque o custo é muito alto** (Ent. 22 - Grupo III).

Estes depoimentos revelam que o acesso ao medicamento traz benefícios à saúde da população, o que gera continuidade do tratamento medicamentoso, uma vez que os usuários não possuem condições financeiras para adquiri-lo.

Desse modo, a gestão municipal tem a responsabilidade de assegurar o acesso ao medicamento, a partir do planejamento de aquisição de medicamentos, a fim de proporcionar condições favoráveis para que as unidades de saúde possam atender às necessidades e expectativas no que se refere ao uso contínuo do medicamento.

O Relatório Anual de Gestão 2008 (Doc. 4) apresenta como uma das ações estratégicas para reorganizar a Assistência Farmacêutica no município de Jequié a realização de compras e acompanhamento do processo licitatório que garanta a periodicidade entre compra, armazenamento e dispensação dos medicamentos, bem como objetiva reduzir a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório e garantir o fornecimento de medicamentos (JEQUIÉ, 2009).

De acordo com esse documento, a gestão municipal da saúde demonstra o que o medicamento constitui elemento importante para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida das pessoas, portanto seu acesso deverá ser alvo de ações estratégicas.

Contudo, encontramos contradições entre as ações planejadas pelo documento e o que é executado na prática. Os depoimentos dos entrevistados 1 e 4, formuladores da política, apontam para a existência de limitações no processo de compra de medicamentos no município de Jequié:

[...] hoje no município as compras são feitas mediante outros setores e **a gente sabe que um paciente de hipertensão tem que ter a medicação todo mês e às vezes pela burocracia do serviço público há o atraso dessa medicação não é um atraso muito grande, mas é um atraso que impede a continuidade do Serviço e eu acho que isso é um fator limitante [...]** (Ent. 1 - Grupo I).

[...] a falta de medicação, não são muitas vezes, mas acontece sim [...] não por culpa da gente que não solicita, **o Departamento de Assistência em parceria com o de Planejamento no início do ano é feito sim, mas aí encaminha para a Prefeitura e por motivo mais administrativos e burocráticos tem que aguardar licitação, ‘pregão’ e fica aguardando a entrega pelos fornecedores, então às vezes não é a dificuldade de comprar, às vezes é pela demora dos fornecedores entregar os insumos, as medicações** (Ent. 4 - Grupo I).

Os formuladores da política revelam que a “burocracia do serviço público” ocasiona obstáculos para assegurar que nas USF não falte medicamento, o que representa descontinuidade ao seu acesso.

Estes depoimentos coadunam com o Relatório Anual de Gestão 2007 (Doc. 3), que apresenta a burocracia no processo de compras dos serviços e materiais de saúde, e o não cumprimento das solicitações por parte dos prestadores, como dificuldades encontradas para a realização das ações de saúde (JEQUIÉ, 2008).

Para Bermudez, Oliveira e Luiza (2008, p. 762), “é preciso analisar o acesso aos medicamentos no âmbito das políticas de saúde, no marco do direito à saúde para todos e no reconhecimento desse direito”.

Nesse sentido, a garantia do direito sobre o acesso a medicamentos no município de Jequié apresenta limitações no processo de aquisição e fornecimento destes à USF, o que dificulta o processo de trabalho das ESF, em virtude de não propiciar condições favoráveis no que se refere à continuidade do tratamento medicamentoso.

Tal situação é evidenciada pelos entrevistados 8 e 19, profissionais de saúde, que relatam os **limites** ocasionados pela falta de medicamentos nas USF tanto para o desenvolvimento do cotidiano de seu trabalho como para o usuário que não possui condições econômicas de adquiri-lo:

[...] infelizmente há dois meses está faltando algumas medicações [...] nem sempre eles (usuários) tem como comprar por mais que seja dois, três reais, eles não têm, não têm um real para comprar pão. E aí fica em falta da medicação, eles não compram, não tomam [...] a minha maior dificuldade é a falta da medicação [...](Ent. 8 - Grupo II).

[...] às vezes falta medicação e o paciente não tem como conseguir [...] não tem recurso para comprar e às vezes fica sem usar aquela medicação por um período [...](Ent. 19 - Grupo II).

Os depoimentos denotam que a condição econômica dos usuários não possibilita a aquisição do medicamento, o que ocasiona interrupção do tratamento medicamentoso.

O Relatório Anual de Gestão 2007 relata que

quando se trata de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, a eventual utilização irregular de medicamentos compromete os resultados esperados com o tratamento. A consequência natural é o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações [...] (JEQUIÉ, 2008, p. 74).

Mediante o exposto, parece-nos que há um entendimento sobre uma maior exposição às complicações da hipertensão dos usuários que utilizam de maneira irregular os medicamentos, contudo, estes dados parecem não ser suficientes para que os gestores do município de Jequié desenvolvam medidas que verdadeiramente assegurem o direito do acesso ao medicamento.

Ainda no que se refere ao acesso do medicamento, os profissionais de saúde no cotidiano de suas práticas devem estar atentos às barreiras que são geradas pela escolaridade dos usuários, ou seja, apesar de terem acesso ao medicamento, não fazem uso adequado do mesmo, o que pode levar ao não alcance da ação esperada ou mesmo ocasionar efeitos prejudiciais a sua saúde.

O depoimento do entrevistado 13, profissional de saúde, aponta para a dificuldade que os usuários apresentam em identificar os medicamentos, devido à escolaridade

[...] A medicação está vindo muito similar com as outras e alguns são analfabetos [...] eles tomam o remédio errado, troca [...] era diferente porque tinha umas cores, agora está vindo parecido, isso é uma grande barreira para quem não sabe ler, nem escrever [...] (Ent. 13 - Grupo II).

A escolaridade pode interferir no acesso ao medicamento, de modo que adquiri-lo nas USF nem sempre significa que o usuário conseguirá fazer o uso adequado, o que exige a adoção de estratégias para o envolvimento da família, no intuito de potencializar os efeitos benéficos do medicamento e reduzir possíveis intercorrências em função do uso inadequado.

Por tais razões a escolaridade torna-se um elemento relevante na continuidade do tratamento medicamentoso e em todas as ações desenvolvidas, porém não deve representar obstáculos entre a equipe de saúde e usuários/família (SARAIVA et al., 2007).

Nesse contexto, os profissionais das USF podem buscar ações intersetoriais com o setor da educação com o intuito de contribuir na situação educacional daqueles que desejarem fazê-lo. Para tanto, é preciso mobilizar os indivíduos envolvidos no intuito de se vencer algumas barreiras pessoais, sociais ou culturais sobre a educação para adultos.

Outras estratégias podem ser realizadas no cotidiano do trabalho das USF de modo a minimizar o uso inadequado do medicamento, a exemplo de ações de envolvimento do familiar para acompanhar o uso adequado do medicamento, sinalizar para o ACS quanto à realização de visitas mais frequentes, sempre que possível, entre outros.

Durante as observações das consultas de enfermagem, eram confeccionados envelopes para cada tipo de medicamento e fornecido ao usuário; em cada envelope constava o nome do usuário e das medicações, dose da medicação e o desenho para identificar o horário de tomar a medicação: o sol representava o medicamento que devia ser tomado pela manhã, o garfo representava o medicamento que devia ser tomado no horário do almoço e a lua o medicamento que era para ser tomado à noite. Em relação à observação da visita domiciliar realizada pelos ACS, percebemos que havia um monitoramento por meio da conferência da quantidade de medicamentos existentes nos envelopes.

Esta estratégia tinha a finalidade de facilitar a compreensão dos usuários quanto ao medicamento a ser utilizado nos respectivos horários, principalmente para aqueles que moram sozinhos.

Como se pode notar, a equipe de saúde necessita elaborar estratégias que contribuam com o acesso ao medicamento, pois não é somente fazer a dispensação, mas realmente avaliar se seu uso está realmente adequado.

No que concerne ao acesso ao medicamento, foi evidenciado no depoimento do entrevistado 8, profissional de saúde, que a implantação do Programa Medicamento em Casa (Medcasa) no município de Jequié representa uma **perspectiva** que não propiciará benefícios aos usuários:

A gente recebeu o treinamento sobre o Medcasa, que seria a medicação em casa, o que eu particularmente não concordo, né? A gente já tenta tirar do paciente que é apenas o tratamento medicamentoso e o governo mandando a medicação apenas pra casa, eu acho que dificultaria nosso atendimento, a pessoa não viria na Unidade apenas para pesar e medir, pra gente apenas verificar a pressão, não [...] (Ent. 8 - Grupo II).

O depoimento do entrevistado 2, formulador da política, é convergente a este depoimento, no que se refere à proposta do Medcasa:

[...] o Medcasa é um Programa que o paciente ele tem que ser do Programa Saúde da Família, um Programa que o paciente é acompanhado mensalmente e tem umas taxas padrão que eles colocam, tem que ter uma PA de 140 por 90, existe uns limites que eles colocam como prioridade e aí como é que funciona? O paciente ele tem que ter a primeira entrevista, primeira consulta, com o médico e com o enfermeiro, e aí ele preenche um formulário, esse formulário só o profissional médico pode preencher, vendo que esse paciente ele é estável com a PA dele, né? Aí passa pelo médico, o médico preenche esse termo é encaminhado, se cria um sistema, que existe um sistema entre a Unidade e CEFARBA, que faz todo o envio desse formulário que o médico preencheu, depois encaminha pra CEFARBA e a medicação chega na casa do paciente, a medicação pra três meses, que é o prazo que ele vai ter que retornar pra consulta com o enfermeiro, depois da consulta médica (primeira), a segunda pelo enfermeiro, controlando o paciente retorna para o médico e continua no Programa. O município já fez adesão [...] o que tá faltando é só contratar o profissional farmacêutico, nós já temos as Unidades que foi piloto, foram 4 Unidades [...] **a gente sabe que o paciente na Unidade a gente não tem esse controle, imagine esse paciente indo a cada três meses pra consulta com o enfermeiro ou com o profissional médico, se ele passar a média que eles colocam da PA, ele é isento do Programa e passa pra outro paciente aquela vaga dele e ele fica sem receber a medicação e volta pra Unidade.** Isso eles viram uma forma de tirar um pouco as filas das farmácias onde, no meu ver, isso não vai diminuir tanto, porque **existe a real necessidade do paciente estar sendo assistido** e ele já sai da sala do enfermeiro com a medicação, então isso não vai diminuir muito. **E também não é só a medicação** [...] (Ent. 2 - Grupo I).

Estes depoimentos retratam que o município de Jequié fez a adesão ao Programa Medcasa, no qual o usuário, caso tenha os níveis pressóricos dentro dos valores estabelecidos pelo Programa, recebe o medicamento por três meses em sua residência, com o intuito de reduzir as filas nas unidades. Entretanto, os depoimentos enfatizam que não acredita na efetividade do programa, em decorrência da necessidade do usuário ser acompanhado pela equipe de saúde e de que este Programa poderá trazer dificuldades para as ações que os profissionais desenvolvem no cuidado com a

saúde dos usuários e reforçará nestes o entendimento de que o acompanhamento se limita ao uso do medicamento.

Acreditamos que o tempo estabelecido entre as consultas do usuário com os profissionais das ESF poderá reforçar o entendimento do uso do medicamento como fator prioritário no tratamento da hipertensão, além de não oportunizar à ESF realizar a escuta sensível, as orientações sobre a necessidade da adoção de hábitos saudáveis de vida, o conhecimento do contexto sociocultural, entre outros aspectos.

O Programa Medcasa foi desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), com o objetivo de garantir o acesso a medicamentos essenciais aos usuários ‘controlados’ do diabetes e hipertensão, os quais recebem o medicamento em seu domicílio, por um período de três meses desde que compareçam às consultas trimestrais, para comprovar que não houve elevação da pressão arterial (BAHIA, 2010).

Também tem o objetivo de possibilitar a humanização da assistência por meio da redução das filas nas farmácias das unidades básicas de saúde; reduzir as complicações do diabetes e da hipertensão a médio e longo prazo; fortalecer a Assistência Farmacêutica para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, entre outros (BAHIA, 2010).

A nosso ver, a implantação deste Programa reforçará nos profissionais e usuários a visão biologicista que apenas analisa a situação de saúde destes a partir de valores pressóricos que devem estar dentro dos limites preestabelecidos pelo Programa. Também traz a ideia de punição para aqueles que não cumprirem esses limites, isto é, o usuário necessita ser acolhido para que se possam identificar quais as causas que têm ocasionado a elevação da pressão arterial e na realidade o que feito é uma exclusão de um programa em que ele está cadastrado.

Nesse sentido, há um distanciamento do objetivo de humanização da assistência no que concerne aos critérios de inclusão/exclusão do programa, bem como na relação estabelecida entre a humanização e a redução das filas nas unidades básicas de saúde.

O objetivo proposto pelo Programa, ao relacionar a humanização da assistência com a redução das filas nas unidades básicas de saúde, parece ter um sentido contraditório do que se propõe a Política Nacional de Humanização do SUS, porque a

humanização busca valorizar a subjetividade do indivíduo, permeada pela autonomia do sujeito como ser histórico e social, capaz de agir e refletir numa situação concreta que está vivenciando.

Mediante as desigualdades socioeconômicas encontradas no Brasil, o acompanhamento e responsabilização por parte de profissionais de saúde, usuários e gestores são primordiais para o acesso aos serviços e aos bens de saúde. Assim, a Política Nacional de Humanização do SUS tem como um de seus princípios norteadores a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção, com o propósito de fortalecer a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade e o estabelecimento de vínculos solidários (BRASIL, 2006d).

Assim, a humanização não pode estar atrelada à redução de filas nas farmácias das unidades básicas de saúde, do contrário poderá se restringir o caráter participativo e transformador inerente a todo cidadão no que se refere ao direito à saúde, como sujeito capaz de envolver-se no cuidado de si mesmo e, junto à equipe de saúde, ampliar as possibilidades de produção de saúde.

Outro aspecto relevante a ser destacado no Programa Medcasa é a centralidade que o uso do medicamento passa a ter no cuidado à saúde do usuário com hipertensão arterial, o que aponta para a ênfase no tratamento medicamentoso, em detrimento às orientações e no acompanhamento da adoção de hábitos saudáveis de vida, bem como no envolvimento da família nesse processo.

Outra questão importante se refere à falta de envolvimento de profissionais e usuários na implantação desse Programa, o que reforça a verticalização das ações dos gestores sem envolvimento das partes interessadas, de maneira que as mesmas possam expressar seus posicionamentos em relação à adequação do programa à realidade vivenciada.

No que se refere às **perspectivas**, o depoimento do entrevistado 17, profissional de saúde, relata a continuidade da realização de atividade educativa e de atividade física desenvolvidos pela equipe de saúde.

[...] **já se tem atividades sendo feitas tanto educacional quanto na prática de atividade física** [...] **isso é uma boa perspectiva** [...] (Ent. 17 - Grupo II).

Este depoimento demonstra uma preocupação do profissional de saúde em relação ao desenvolvimento de atividades que são imprescindíveis para a efetividade da produção do cuidado, ao agregar no cotidiano do processo de trabalho das ESF a realização de atividades físicas e educativas, que em outros cenários restringem-se apenas às orientações, por vezes descontextualizadas das necessidades de saúde dos usuários.

O depoimento do entrevistado 19, profissional de saúde, apresenta como **perspectiva** a implantação de atividade de grupo como meio de fortalecimento do trabalho da equipe.

[...] implantar o Grupo de Idoso até o final de 2010, porque eu acho que é de muita importância [...] **eu acho que isso vai dar um resultado positivo** [...] **a perspectiva de melhora é essa** [...] de implantar esse Grupo de Idoso que eu acho que isso vai aumentar o retorno do nosso trabalho como um todo [...] **e mostrar para esse paciente que não estamos aqui só para atender, estamos aqui para o lazer, para o momento de distração, porque isso também é o cuidar** (Ent. 19 - Grupo II).

Este depoimento evidencia que a realização de atividade de grupo se configura em estratégia para potencializar o trabalho da equipe de saúde, com a finalidade de estimular os usuários a perceber que o cuidado não se restringe a consultas, mas também a momentos de interação entre equipe de saúde e usuário.

Para Traesel et al. (2004), a construção de um grupo implica em perceber que, mesmo as pessoas sendo movidas por necessidades semelhantes que as unem em um mesmo grupo, estas são diferentes e isto significa que cada participante merece respeito em sua subjetividade e singularidade.

A implantação de atividades de grupo apresenta a possibilidade de compartilhamento de saberes, troca de experiência entre os participantes, de modo que estes possam ser estimulados a tomar consciência crítica de si e do mundo, de modo que perceba a saúde como resultante das condições de vida.

Para tanto, é necessário que a atividade educativa não se limite ao repasse de informações, mas que contribua com a socialização dos diferentes saberes existentes entre os usuários, com o propósito de valorizar suas vivências.

Contudo, na elaboração de estratégias de educação em saúde, os profissionais precisam considerar a escolaridade do usuário, família e comunidade para que se consiga contribuir efetivamente com uma linguagem de fácil compreensão.

Destarte, a produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial deve ser permeada por um processo educativo que possibilite transformações na forma como o indivíduo se percebe no processo de cuidar de sua saúde e da sua inserção no mundo como sujeito capaz de produzir transformações que vislumbre o exercício da cidadania.

Para tanto urge a necessidade de profissionais capacitados a partir das novas demandas que surgem em vários cenários de produção do cuidado das ESF, de modo a subsidiar a prática profissional.

O depoimento do entrevistado 1, formulador da política, denota que no município de Jequié tem sido realizadas capacitações para os profissionais que atuam no cuidado aos usuários com hipertensão:

Em seu depoimento o entrevistado 1, demonstra que as capacitações organizadas pela SMS de Jequié parte de uma necessidade percebida pelos profissionais que sinalizam o conteúdo a ser abordado

[...] esse profissional que está na ponta identifica o problema a nível de capacitação e ele entra em contato com a gente informando a necessidade dele de capacitação, a gente entra em contato com [...] o Núcleo de Educação Permanente e eles formulam essa necessidade, entram em contato com as demais Unidades para ver se é esse o problema de algumas outras e fazem a capacitação determinada pra isso (Ent. 1 - Grupo I).

Ainda em relação a este aspecto, os entrevistados 2 e 4, formuladores da política, apresentam divergências em relação ao depoimento do entrevistado 1, ao apontar que as capacitações são organizadas de forma anual, para um público previamente selecionado e com um conteúdo pré-definido.

[...] a Assistência Farmacêutica, todo ano se faz uma capacitação, né? Tudo em relação aos funcionários responsáveis pela dispensação (de medicação) [...] a gente faz a capacitação para um público aberto para o funcionário responsável pela dispensação, aberto para os enfermeiros, que são os coordenadores do Programa (PSF) e os enfermeiros de Unidades Básicas para os que estão no Programa de hipertensão,

diabetes [...] a gente abre também para [...] os profissionais médicos que são poucos ou quase nenhum, eles não participam e na verdade são os prescritores (Ent. 2 - Grupo I).

[...] Tudo que vem de novo, a implantação desses Programas pelo Ministério da Saúde, pelo Estado, **ocorre sim capacitações para esses Programas, como é que preenche as planilhas [...]** (Ent. 4 - Grupo I).

Percebemos que, além da contradição existente a respeito de como se originam as atividades de educação permanente voltadas para os profissionais de saúde, encontramos uma abordagem que não favorece uma prática propulsora de mudança social, em virtude do caráter técnico das capacitações que na maioria das vezes induz à reprodução de um conjunto de normas preestabelecidas.

A educação permanente, como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde, baseia-se na ‘aprendizagem significativa’, que acontece quando aprender algo novo faz sentido para o profissional e parte de perguntas e respostas construídas com a reflexão sobre o trabalho realizado. Dessa maneira, a Educação Permanente acontece no cotidiano das pessoas e organizações, a partir dos problemas enfrentados, e leva em consideração os conhecimentos e experiências acumuladas e renovadas trazidas por cada profissional (BRASIL, 2005b).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a atualização técnico-científica deve ser apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco principal, pois é importante que seja permeada pela produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento, bem como do adequado conhecimento do SUS.

Desse modo, é preciso envolver os profissionais para o desenvolvimento de uma percepção sobre sua inserção no contexto do SUS, a partir de uma postura crítica, reflexiva e dialógica das diferentes situações que acontecem no cotidiano das Unidades de Saúde e em seu território de abrangência, desde a sua formação para a concretização da produção do cuidado integral.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos para identificar os problemas e/ou necessidades de saúde que emergem da realidade, a fim de discutir, dialogar e analisar os possíveis determinantes, e captar as relações sociais, políticas, econômicas e espirituais que estão relacionadas aos mesmos – os condicionantes – a partir de

conhecimentos técnico-científicos que irão subsidiar a elaboração de possibilidades para intervir na realidade problematizada (RODRIGUES, 2005).

Ressaltamos ainda que os depoimentos dos entrevistados 8, 9, 11 e 16, profissionais de saúde, demonstram contradição em relação aos depoimentos dos entrevistados 1, 2 e 4, formuladores da política, ao relatarem que não ocorre investimento por parte da SMS de Jequié no que se refere à educação permanente para as ESF:

[...] qualquer curso, qualquer programa, especialização [...] eu acho que ainda falta sim [...] **nós temos as reuniões mensais com a coordenação de PSF e nessas reuniões a gente pode perceber que a inquietação é geral, né?** [...] (Ent. 8 - Grupo II).

A gente não tem recebido capacitação para a equipe não, direcionado à hipertensão a gente não tem recebido muita capacitação em relação a isso. Aliás não temos recebido capacitação [...] (Ent. 9 - Grupo II).

[...] existe capacitação? a Secretaria tem disponibilizado? Não. A gente mesmo que por conta própria produz e passa [...] **a gente teria que ter mais treinamentos, capacitações a nível de equipe mesmo** [...] (Ent. 11 - Grupo II).

[...] **Falta capacitação demais principalmente para hipertensão, seria interessantíssimo que nós tivéssemos novas capacitações** [...] (Ent. 14 - Grupo II).

Estes depoimentos evidenciam que há uma insatisfação destes em relação à falta de investimento em capacitações para os profissionais de saúde. Tal situação não nos parece ser favorável à construção de estratégias que possam impulsionar mudanças, pois o que parece ser a necessidade do profissional, não parece ter a mesma conotação para aqueles que representam a gestão da saúde.

Por sua vez, os entrevistados 7, 12 e 13, profissionais de saúde, sinalizam que existem capacitações, mas em número limitado e com restrição dos profissionais que deverão participar dos treinamentos e capacitações:

[...] **treinamento que a Secretaria faz para as enfermeiras sempre a gente (ACS) está incluído** (Ent. 7 - Grupo II).

[...] **realmente tem (capacitação), porém a quantidade é limitada**, quando tem, é específico para equipe de enfermagem e não para equipe de PSF toda, porque se somos uma equipe não pode isolar a equipe de saúde bucal, a equipe de enfermagem, dos ACS, né? **Quando existe um treinamento para**

hipertensão, sempre há uma prioridade para equipe de enfermagem e abre-se para os ACS, mas a gente como equipe de odontologia, eu me sinto excluída porque nem sempre a gente é chamada para participar como se não fizesse parte desse trabalho de hipertensão [...] porque eles precisam nos capacitar também, para estar falando, para estar inserido [...] é uma equipe não tem como desvincular uma coisa da outra, porque o hipertenso passa pela saúde bucal, e a gente tem que estar informado, atualizado [...] (Ent. 12 - Grupo II).

[...] quando a capacitação vem às vezes tem esse erro, manda só a enfermeira [...] mas englobar toda a equipe, isso é importante, não adianta só um profissional envolvido, não é só ele, não é uma equipe multiprofissional? [...] (Ent. 13 - Grupo II).

Acreditamos que para uma integração da equipe de saúde é necessário que todos os seus membros tenham iguais direitos e deveres para atuar com compromisso e ética. Ao se priorizar alguns profissionais, em detrimento de outros, poderá suscitar a ideia de que alguns profissionais possuem mais responsabilidades que outros dentro de um mesmo contexto, no qual todos são importantes na construção do cuidado mais acolhedor e equânime.

Assim, se os profissionais não perceberem que muitas estratégias de capacitação se configuram um simples repasse de informações, que atuam mais no ‘trabalho morto’ (planilhas, preenchimento de formulários, entre outros) do que no ‘trabalho vivo’ da produção do cuidado, poderá ocorrer uma forma alienada de se fazer saúde que não contribuirá com impacto nas necessidades de saúde dos usuários.

Nessa perspectiva, urge a necessidade da integração entre o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, no processo de formação com o objetivo de construir uma educação responsável que suscite processos interativos para ações de mudanças da realidade encontrada e problematizada, mediante o despertar do protagonismo dos envolvidos que atuam em constante reavaliação do seu processo de trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Percebemos que nessa proposta há uma superação do caráter técnico e limitado, tão presente nos cursos e capacitações com seus conteúdos preestabelecidos, para a valorização do contexto social e histórico sob os olhares de diferentes atores (profissionais de saúde e da educação, gestores e população) de modo a atuarem com uma visão ampliada sobre a complexidade que envolve a saúde das pessoas.

Nesse sentido, a proposta de educação permanente em saúde nos aponta para a transformação das práticas profissionais com base na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais que atuam na rede de serviço. Para tanto, utilizam a problematização do processo de trabalho, das necessidades de saúde dos usuários, da gestão setorial e do controle social (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Para que o trabalho em saúde possa vislumbrar uma resposta satisfatória às necessidades de saúde da população, é preciso estimular o envolvimento de gestores, profissionais de saúde, usuários e instituições de ensino, para a construção de conhecimentos que envolvam relações entre os aspectos técnico-científicos e os sociais, políticos e éticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ando devagar porque já tive pressa / E levo esse sorriso porque já chorei demais / Hoje me sinto mais forte / Mais feliz quem sabe / Só levo a certeza de que muito pouco eu sei/Que nada sei / Conhecer as manhas e as manhãs / O sabor das massas e das maçãs/É preciso amor pra poder pulsar/ É preciso paz pra poder sorrir / É preciso chuva para florir / Penso que cumprir a vida seja simplesmente / Compreender a marcha /E ir tocando em frente / Como um velho boiadeiro levando a boiada / Eu vou tocando os dias / Pela longa estrada eu vou / Estrada eu sou / Todo mundo ama um dia, todo mundo chora / Um dia a gente chega e no outro vai embora / Cada um de nós compõe a sua história / Cada ser em si carrega o dom de ser capaz / E ser feliz.

(Tocando em frente – Almir Sater

Este estudo analisou o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família (ESF) na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial no município de Jequié-BA. Para tanto, buscamos compreender os aspectos relacionados com a sua organização, descrever as atividades desenvolvidas pelas ESF na produção do cuidado com esses usuários e identificar os limites, avanços e perspectivas no desenvolvimento do processo de trabalho dessas equipes junto aos usuários com hipertensão arterial.

A partir dos resultados obtidos e analisados, é possível afirmar que os objetivos do estudo foram alcançados, por revelar a situação concreta vivenciada pelos formuladores da política, profissionais de saúde e usuários, em relação ao processo de trabalho desenvolvido pelas ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, evidenciando os limites, avanços e perspectivas no que se refere ao processo de trabalho das ESF com esses usuários.

Os resultados demonstraram que os instrumentos utilizados na organização do processo de trabalho aos usuários com hipertensão arterial são as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas; e a utilização de tecnologias leves foi evidenciada na realização das consultas e das visitas domiciliares, com ênfase no estabelecimento de vínculo, acolhimento e confiança, na perspectiva do cuidado integral.

Para Mattos (2003), a integralidade deve ser entendida como um princípio orientador das políticas de saúde e/ou do processo de organização do trabalho em equipe, que por vezes ainda apresentam fragmentação nas práticas dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que devem buscar a subjetividade das necessidades de saúde a partir do encontro com o usuário.

Portanto, a integralidade deve nortear tanto as políticas de saúde como o processo de trabalho das ESF, fato que incide diretamente sobre a atuação dos profissionais de saúde e dos formuladores da política com o propósito de implementar ações que possam consolidá-la nas práticas cotidianas junto aos usuários.

Contudo, neste estudo identificamos que alguns profissionais desenvolvem suas ações com traços do modelo médico-hegemônico, com ênfase nas tecnologias leves-

duras e duras, ou seja, com priorização de procedimentos, normas e protocolos preestabelecidos.

Percebemos que em algumas ESF ainda existe uma visão biologicista na produção do cuidado aos usuários com hipertensão, com ênfase no uso do medicamento, ainda que alguns profissionais valorizem e façam uso das tecnologias relacionais. Ressaltamos que ainda há um caminho a ser percorrido para se produzir o cuidado permeado pelas subjetividades e os DSS que estão relacionados aos usuários com hipertensão arterial.

O estudo evidenciou que no município de Jequié-BA existem duas formas das ESF organizarem as consultas: agendamento de todos os usuários cadastrados no programa, seja mensal, bimensal seja trimestral; e agendamento dos usuários de acordo com a classificação de risco preconizada pelo Ministério da Saúde, que também pode ser mensal, bimensal e trimestral.

A nosso ver, estas maneiras diferentes de agendamento trazem como principal ponto de semelhança o fato de seguir a organização prevista em consonância com a ação programática, na qual o usuário se enquadra a um dia prefixado para ser atendido na USF, o que foi apontado como limite pelos usuários, em virtude da hipertensão arterial estar relacionada com fatores emocionais, familiares e sociais, que podem desencadear a necessidade de procurar os profissionais fora da data marcada.

Embora os profissionais de saúde afirmem que essa organização traz benefícios por propiciar um melhor acompanhamento dos usuários e apontarem sua flexibilidade em atendê-los no momento que sentir a necessidade de procurar a USF, acreditamos que esta organização deve ser potencializada pelo acolhimento de toda a equipe ao usuário no intuito de contribuir para a resolução dos problemas/necessidade de saúde que são expressos pelos usuários.

Também foi evidenciada pelos formuladores da política e profissionais de saúde a interferência dos DSS na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, contudo, o fato de evidenciar esta realidade não se traduz em ações que possam contemplar as implicações que esses determinantes trazem para a saúde dos usuários, o que representa um limite para a adoção de um estilo de vida saudável.

Embora os profissionais de saúde realizem orientações sobre a adoção de hábitos saudáveis, eles se deparam com uma contradição entre o que se orienta e o que a rede de saúde do município de Jequié possibilita que o usuário efetivamente consiga ter acesso, o que evidencia a importância de se implantar no município políticas públicas voltadas para o cuidado integral desses usuários, a exemplo de ações articuladas com outros setores, que permitam a geração de renda, e, conseqüentemente, a possibilidade de acesso a uma alimentação adequada; ações de combate a violência, ao tabagismo e etilismo; o acesso a profissionais de educação física, para que seja assegurada a prática regular de atividade física, entre outros.

Para tanto, a articulação com a sociedade civil organizada é fundamental para que sejam identificados os DSS presentes no cotidiano da população, e que o planejamento dessas ações ocorra de forma participativa com o envolvimento dos diferentes sujeitos, a fim de proporcionar o exercício da cidadania.

Também foi evidenciado que, apesar dos formuladores da política e profissionais de saúde reconhecerem a importância da subjetividade e dos DSS à produção do cuidado, o processo de trabalho dos profissionais ainda é direcionado aos aspectos biológicos da doença, com ênfase no uso do medicamento. Situação que foi reforçada pelos documentos analisados que reafirmam a importância do uso do medicamento e não menciona a interferência dos DSS e das subjetividades para a produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial.

Em relação às atividades educativas as ESF realizam palestras, sala de espera, atividade de grupo, atividade em escolas, entretanto, essas atividades em geral têm se limitado ao repasse de orientações pontuais que não favorecem a interação entre profissionais e usuários, o que dificulta a identificação dos fatores que interferem na saúde destes, pois estas atividades não propiciam ao usuário a expressão de suas inquietações, medos, condições de vida, entre outros.

Acreditamos que a atividade educativa pode estimular a interação entre os sujeitos, no intuito de estimular a troca de experiências, compartilhamento de saberes e reflexões da sua inserção no mundo, para que o mobilize a transformar a si mesmo, a sua história e contexto social em que está inserido.

Os limites evidenciados pelo estudo estão relacionados com o difícil acesso às

consultas médicas e à USF, à falta de medicamento anti-hipertensivo, à dificuldade de marcação de exames complementares, à falta de envolvimento da família com o tratamento do usuário, à inexistência do NASF, à implantação das Linhas de Cuidado e à falta de capacitações para os profissionais.

Esses limites apontam para a necessidade de articulação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, para que sejam discutidos os obstáculos encontrados na rede de saúde municipal, a fim de que os gestores visualizem os nós críticos dessa rede e elaborem estratégias para assegurar a continuidade do cuidado produzido pelas ESF.

O avanço identificado pelo estudo foi a facilidade do acesso ao medicamento. Contudo, ainda que seja um avanço, o usuário não é contemplado com o acesso contínuo e ininterrupto do medicamento anti-hipertensivo, pois formuladores da política e profissionais de saúde afirmaram que devido a questões burocráticas, tem ocorrido a falta de medicamento nas Unidades de Saúde.

Ressaltamos também que o fato de profissionais de saúde e usuário perceberem o acesso ao medicamento como único avanço do processo de trabalho aos usuários com hipertensão, levou-nos a refletir sobre a centralidade do medicamento na produção do cuidado que, em nosso entendimento, parecer reforçar o caráter biológico da doença em detrimento dos DSS e das subjetividades que interferem na saúde dos usuários.

Para Nascimento e Mishima (2004), cuidar do outro não se limita a cuidar apenas do corpo, é cuidar também da mente e da emoção, em um constante lidar com as subjetividades presentes à relação entre o profissional e o usuário.

Por conseguinte, a produção do cuidado realizado pelos profissionais das ESF necessita de condições estruturais e de educação permanente, de modo a proporcionar uma visão mais ampliada no cuidado aos usuários com hipertensão, para que, nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, o cuidado integral possa se tornar uma realidade mais próxima de ser alcançada.

No que concerne às perspectivas, o estudo evidenciou a implantação do Programa Medcasa, a continuidade de atividades educativas e de atividade física e a formação de grupos de idosos. A nosso pensar, o Programa Medcasa reforça ainda

mais o entendimento de que o uso do medicamento é o elemento principal na produção do cuidado aos usuários e pode contribuir para que a relação entre profissionais e usuários se torne fragmentada e dissociada do cuidado humanizado.

Em relação à continuidade de ações educativas, atividade física e a formação de grupo de idosos, percebemos que há um comprometimento dos profissionais em realizarem atividades que propiciem a adoção de hábitos saudáveis de vida, ações que permitam interação entre os usuários e entre os usuários e os profissionais, o que poderá suscitar discussões sobre os aspectos subjetivos e sociais inerentes à saúde, bem como potencializar o caráter transformador de cada sujeito, como protagonista de sua própria história, o que implica na valorização do exercício de cidadania.

Por fim, neste estudo tivemos a oportunidade de conhecer um pouco das interfaces existentes no processo de trabalho das ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, o que nos leva ao compromisso de querer contribuir para mudanças da realidade encontrada.

Um primeiro passo seria a socialização dos resultados do estudo com as USF e SMS, para se dar visibilidade à situação evidenciada, a fim de mobilizar a equipe que atua na SMS sobre a importância de incentivar as ações intersetoriais e a implantação do NASF para um resultado mais efetivo do processo de trabalho realizado pelas ESF.

Por meio de nossa atuação como docente do curso de graduação em enfermagem, podemos contribuir para que os discentes, em sua formação acadêmica, possam desenvolver uma visão mais ampliada dos DSS e das subjetividades no contexto da saúde.

Também podemos realizar atividades durante o estágio nas USF, que possam envolver questões sobre a produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial na perspectiva de suscitar reflexões em profissionais de saúde e usuários sobre as implicações da subjetividade e dos DSS.

Por fim, esperamos que o estudo possa significar o ponto de partida para a realização de outros estudos, que contribua para o compromisso ético e solidário de todos os envolvidos com o processo de trabalho aos usuários com hipertensão arterial na certeza de que estes, como cidadãos, têm direito de vivenciar a saúde como bem inalienável e inerente à sua própria condição humana.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, Washington Luiz; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 161-170, jan. 2010.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALMEIDA, Juliana Ferreira de; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na produção do cuidado aos hipertensos na estratégia saúde da família. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista. O trabalho de equipes de saúde da família de Itabuna e Ilhéus, Bahia. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho Ferreira (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, Gilmara Barboza da Silva; GARCIA Telma Ribeiro. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.8, n.2, p. 259-72, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/sumario.htm>. Acesso em: 10 jun. 2009.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-464, mar./abr. 2007.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde**. Feira de Santana: UEFS, 2003.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n.18, p. 64, jan/ jul, 1998.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no programa saúde da família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EdUFBA, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BAHIA. Secretaria da Saúde do estado da. **Curso de saúde da família e curso de gestão da atenção básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado**. Salvador: SESAB, 2009a.

_____. **Guia do trabalhador para acolhimento pedagógico**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009b.

BAHIA, Governo do Estado da. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Programa Medicamento em Casa**. Salvador, 2010. Folder.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; PELLOSO, Sandra Marisa. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista gaúcha de enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 30, n.1, p. 27-32, 2009.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; GONZALES, Rosa Maria Bracini; LEOPARDI, Maria Tereza. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor de; SOUSA, Luzia Costa de. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**: uma experiência em educação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 1990a.

_____. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União. 1990b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p. 34-42, jul., 1998a.

_____. **Portaria GM n. 3.916, 30 de outubro de 1998**. Diário Oficial da União, n. 215-E, seção 1, p. 18-22, 10 de nov. de 1998b.

_____. Secretaria Executiva. **Programa saúde da família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informativa do SUS **HiperDia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Rio de Janeiro: 2002b. Manual de Operação Versão 1.5 M01.

_____. **O processo de trabalho em saúde**. Unidade de Aprendizagem do módulo trabalho e relações na produção do cuidado do Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde. Brasília/Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. _____. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 23 set. 2010c.

BROCK, Jordana et al. Hipertensão arterial sistêmica. In: POMATTI, Dalva Maria et al. (Orgs.). **Doenças crônicas: múltiplas abordagens**. Passo Fundo: GEPEBICH UPF; 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS revista saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, jan./abr., 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 25 fev. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. Sobre a forma neoliberal de produção dos serviços de saúde no Brasil. In: _____. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, jan./jun. 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidar da saúde**. Rio de Janeiro: IMS, EURJ, ABRASCO, 2001.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1523-1531, set./out. 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

CONTIERO, Ana Paula et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista gaúcha de enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.30, n.1, p. 62-70, mar., 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da estratégia saúde da família. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; FURLAN, Paula Giovana. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André V. Pires (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, 2002.

GIOROTTO, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarriá. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 133-141, abr./jun., 2010.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOMES, Rafael da Silveira et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

GUIMARÃES, Armenio Costa; MAGALHÃES, Lucélia Batista Neves Cunha. Prevenção da hipertensão arterial primária. In: PIERIN, Ângela Maria Geraldo. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole, 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 15 out. 2010.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde, exercício 2006/2009**. Jequié, 2006 (Doc.1).

_____. **Relatório anual de gestão 2006**. Jequié, 2007 (Doc. 2).

_____. **Relatório anual de gestão 2007**. Jequié, 2008 (Doc. 3).

_____. **Relatório anual de gestão 2008**. Jequié, 2009 (Doc. 4).

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié-BA, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.15, n.3, p. 47-65, jul./set., 2006.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATSUMOTO, Norma Fumie. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e formulação de políticas específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. In: **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: FMUSP, 1988.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 109-106, 2000.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MISHIMA, Silvana Martins et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, abr./jun. 2009.

_____. **Trabalhadores de saúde:** problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. s/d. Texto xerografado.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAKAMURA, Eunice; GUTIERRES, Kellen Alves; COHN, Amélia. O traço normatizador das práticas das equipes do PSF. In: COHN, Amélia (Org.). **Saúde da família e SUS:** convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves; MISHIMA, Silvana Martins. Enfermagem e o cuidar: construindo uma prática de relações. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, p.12-15, 01 jun. 2004.

NASCIMENTO, Maristella Santos. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família:** a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003, 206p.

NEMES, Maria Inês Baptistella. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lília Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Orgs.). **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NERY, Adriana Alves. **Necessidades de saúde na estratégia de saúde da família no município de Jequié-BA:** em busca de uma tradução. 2006. 153f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NOGUEIRA, Roberto Passos. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria Cecília G. B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

NOLAN, Mike. Triangulação: o melhor de todos os mundos? **Investigação nursing.** (s/d).

NUNES, Cristiane Abdon. Esquema para discussão sobre processo de trabalho em saúde. In: BAHIA. Secretaria da Saúde. Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador, 2001. (Módulo do monitor).

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (Orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direito**. São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Pricila Melissa Honorato. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 2007. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2007. 114p.

PIMENTA, Aparecida Linhares. Construindo um modelo assistencial centrado na rede básica. In: PIMENTA, Aparecida Linhares (Org.). **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2000.

PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de. (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

PIRES, Cláudia Geovana da Silva; MUSSI, Fernanda Carneiro. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p. 2257-2267, 2008.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana-BA, 2007. 135p.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Treinamento introdutório das equipes de saúde da família**: um instrumento de transformação de práxis? Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana-BA: 2005. 228p.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no programa saúde da família de Alagoinhas – BA. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: Análise com base na educação popular em saúde. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-70, 2007.

SARTI, Cynthia. O lugar da família no programa de saúde da família. In: TRAD, Leny Alves Bomfim (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1 (supl. 1), 2010, p. 1-51.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da estratégia de saúde da família. In: TRAD, Leny Alves Bomfim (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

TRAD, Leny Alves Bomfim et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de saúde de pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

TRAESEL, Claudia Adriani et al. Educação em saúde: fortalecendo a autonomização do usuário. In: FRANCO, Túlio Batista et al. (Org.) **Acolher chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

XIMENES, Sérgio. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2. ed. reform. São Paulo: Ediouro, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde

**PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
 PROGRAMA HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA**

OBJETIVOS:

- **Geral:**
 - Analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no Programa Hiperdia do município de Jequié-BA.
- **Específicos:**
 - Compreender como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no Programa Hiperdia do município de Jequié-BA;
 - Descrever as atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família no Programa Hiperdia do município de Jequié-BA.
 - Identificar os limites, avanços e perspectivas encontrados pelas Equipes de Saúde da Família no desenvolvimento do processo de trabalho no Programa Hiperdia do município de Jequié-BA.

PARTICIPAÇÃO: A integração a pesquisa será de modo voluntário ficando a critério do profissional de saúde autorizar a utilização das informações audiogravadas, não havendo nenhuma penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, pois os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para terceiros. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer subsídios para que profissionais de saúde reflitam acerca da organização da assistência prestada aos usuários com hipertensão arterial no município de Jequié-BA, em busca da melhoria da situação de saúde destes com vistas à promoção e prevenção da saúde e conseqüentemente a diminuição das complicações decorrentes da hipertensão arterial.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____ concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meio de comunicação, e divulgação em eventos técnicos-científicos nacionais e internacionais.

Assinatura: _____



COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontrados no endereço abaixo:

_____, Jequié, / / .
 Pesquisadora responsável

FLÁVIA PEDRO DOS ANJOS SANTOS
 Tel: (73)3528-9623 (Departamento de Saúde) / 3528-9607 (Lab. de Saúde Coletiva)
 e-mail: flavia_pedro@yahoo.com.br End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequeizinho/Jequié-BA - CEP: 45206-190

APÊNDICE B: Roteiro para entrevista semi-estruturada. Grupo 01: Formuladores da Política



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
GRUPO 01: FORMULADORES DA POLÍTICA

1. Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados sócio-demográficos

- Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____
- Tempo de atuação profissional: _____
- Tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (SMS): _____
- Regime de trabalho: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

1.2 Dados educacionais

- Participou de algum curso de atualização na área que está atuando na SMS?
 Não () Sim ()
 Qual (is): _____
- Formação: () Graduação () Especialização
 Qual (is): _____
- () Mestrado
 Qual: _____
 Outro: _____

2. Questões disparadoras:

2.1. Concepção dos formuladores da política acerca do Programa Hiperdia implantado nas Equipes de Saúde da Família (concepção do processo saúde-doença, política de formação/capacitação dos profissionais de saúde, instrumentos e meios de trabalho, objeto de trabalho, finalidade e agentes).

2.2 Atividades voltadas para o Programa Hiperdia implantado nas Equipes de Saúde da Família.

2.3. Avanços, limites e perspectivas dos formuladores da política acerca do Programa Hiperdia implantado nas Equipes de Saúde da Família.

APÊNDICE C: Roteiro para entrevista semi-estruturada. Grupo 02: Profissionais da Equipe de Saúde da Família



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

GRUPO 02: PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista n°: _____ **Início:** _____ **Término:** _____

1.1 Dados sócio-demográficos

- Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____
- Tempo de atuação profissional: _____
- Tempo de trabalho na ESF (ano/ mês): _____
- Regime de trabalho: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

1.2 Dados educacionais

- Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não;
- Participou de algum curso de atualização? () Não () Sim
Qual (is): _____
- Formação: () Nível médio () Graduação () Especialização
Qual (is): _____
- () Mestrado
Qual: _____
Outro: _____

2. Questões disparadoras:

2.1. Concepção dos profissionais de saúde acerca do Programa Hiperdia implantado nas Equipes de Saúde da Família (concepção do processo saúde-doença, política de formação/capacitação dos profissionais de saúde).

2.2. Processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família no Programa Hiperdia (atividades desenvolvidas, objeto de trabalho, finalidade, instrumentos, meios de trabalho, relacionamento interpessoal, humanização, tecnologias utilizadas e agentes).

2.3. Avanços, limites e perspectivas dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família no Programa Hiperdia.

APÊNDICE D: Roteiro para entrevista semi-estruturada. Grupo 03: Usuários.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
GRUPO 03: USUÁRIOS

1. Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista n^o: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Identificação:

- Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____
- Escolaridade: _____
- Tempo de residência na área de abrangência da USF: _____
- Tempo de cadastramento no Programa HIPERDIA da USF: _____

2. Questões disparadoras:

2.1. Processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família no Programa Hiperdia (concepção do processo saúde-doença, atividades desenvolvidas, objeto de trabalho, finalidade, instrumentos, meios de trabalho, relacionamento interpessoal, humanização, tecnologias utilizadas e agentes).

2.2. Avanços, limites e perspectivas dos usuários das Equipes de Saúde da Família no Programa Hiperdia.

APÊNDICE E: Roteiro de observação sistemática.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Aspectos a serem identificados na observação:

- Estrutura física da USF;
- Equipamentos e medicamentos disponíveis para o atendimento aos usuários do Programa Hiperdia;
- Organização do Programa Hiperdia: horário de funcionamento, caracterização da demanda, sistema de referência e contra-referência, articulação intersetorial e educação à saúde;
- A recepção dos usuários do Programa Hiperdia à USF (porta de entrada no sistema de saúde);
- Acessibilidade dos usuários do Programa Hiperdia à USF;
- Resolubilidade às necessidades de saúde dos usuários do Programa Hiperdia da USF;
- Humanização no atendimento dos usuários do Programa Hiperdia;
- Interrelação entre usuários e profissionais de saúde;
- Espaço de intervenção: saberes e práticas;
- Objeto do trabalho;
- Instrumentos de trabalho;
- Agentes.

ANEXOS

ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 27 de outubro de 2009

Of. CEP/UESB 350/2009

Ilma. Sra.

Profa. Flávia Pedro dos Anjos Santos

Departamento de Saúde – UESB

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES / UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **163/2009**

Projeto: **PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA**

Pesquisadores: **Profa. Flávia Pedro dos Anjos Santos (mestranda)**
Profa. Adriana Alves Nery (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



TERRA DE TODOS NÓS

Of. PPGES nº 05/2010

Jequié, 09 de Fevereiro de 2010

Ilm^ª Sr^ª Stella Souza

Secretária de Saúde do Município de Jequié

Prezada Secretária

Apresentamos a Sra. **Flávia Pedro dos Anjos Santos**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “*Processo de trabalho das equipes de saúde da família no controle da hipertensão arterial no Município de Jequié-BA*”, a realizar-se no Departamento de Assistência à Saúde e no Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação da Gestão Descentralizada, nessa instituição.

Protocolo 163/2009, aprovado pelo CEP/UESB.

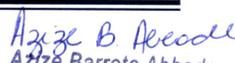
Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 350/2009 referente à aprovação do projeto 163/2009 e do parecer substanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,


Prof^ª. Dr^ª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
 Coordenadora

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho – Jequié-BA
 Fone: (73)3528-9600 / 3528-9738 – mesaude@uesb.br

11.02.2010

Azize Barreto Abbade
 Assistente Administrativo do Gabinete
 Secretaria Municipal de Saúde - PMJ
 (73) 3526-8963