

REFLEXÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE E SUA POPULAÇÃO ADSCRITA SOBRE LONGITUDINALIDADE DA ATENÇÃO

Reflections of a Health Care Team and its enrolled population about Longitudinality of Care

Letícia Abruzzi Ghiggi¹,
Danyella da Silva Barreto², Ananyr Porto Fajardo³

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde está alicerçada sobre quatro atributos principais: primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade. Este último está associado a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços e menores taxas de internação hospitalar. Almejando conhecer o processo de reflexão da equipe de uma Unidade de Saúde (US) de Porto Alegre/RS e de sua população adscrita sobre atenção longitudinal, foi realizado um estudo qualitativo exploratório. Os participantes eram trabalhadores de saúde e usuários cadastrados na US que participaram de grupos focais com duração de 60 minutos. Foram identificadas três categorias referentes ao objeto de pesquisa: conceito de longitudinalidade, dificuldades para sua manutenção e demandas dos usuários. Constatou-se que a comunidade estudada reconhece a US como sua provedora usual de cuidado e que a equipe trabalha com a concepção de cuidado longitudinal que prevê a corresponsabilização entre equipe/profissional e usuário. Os aspectos apontados como dificuldade para a manutenção desse atributo, como tipos de vínculo, acesso e condições de escuta, são elementos intrínsecos ao processo de trabalho da equipe e, assim como a demanda dos usuários, são temas que devem ser aprofundados nos encontros futuros entre profissionais e usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is based on four main attributes: initial contact, comprehensiveness, coordination of care, and longitudinality. The latter is associated with several benefits, including less use of health care services and lower rates of hospitalization. Seeking to understand the reflection process of a health care unit (HCU) team in Porto Alegre, RS, and the community it serves, with regard to longitudinal care, an exploratory qualitative study was carried out. The participants were the health staff and the registered users at the HCU who participated in 60-minute focus groups. Three categories related to the object of the research were identified: concept of longitudinality, difficulties in its maintenance, and patients' needs. As a result, it was found that the community studied recognizes the HCU as its usual care provider, and that the team works under the concept of providing a longitudinal relationship that includes co-responsibility between the team/provider and the patient. The aspects mentioned as difficulties in maintaining this attribute - such as types of connection, access, and listening conditions - which are intrinsic elements of the team's work process, as well as the patients' needs, are issues that should be further investigated in future encounters between professionals and patients.

KEYWORDS: Primary Health Care.

¹ Letícia Abruzzi Ghiggi, farmacêutica do Apoio Matricial de Farmácia do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: leaghiggi@gmail.com

² Danyella da Silva Barreto, médica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

³ Ananyr Porto Fajardo, odontóloga e docente da Escola GHC

INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, é considerada um marco para o Brasil, uma vez que apontou como bases doutrinárias para a reforma sanitária brasileira “um conceito ampliado de saúde” e “a saúde como direito de todos e dever do Estado.”¹ A reforma vem se desenvolvendo com a instituição de um Sistema Único de Saúde nacional, garantido através da Constituição outorgada em 1988 e fortalecido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 19 de setembro 1990).²

Em consonância com a abordagem de cuidados primários proposta na Declaração de Alma Ata, que define que os mesmos cuidados essenciais deveriam ser garantidos a todas as pessoas e, levando-se em conta que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país, a Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se como o primeiro nível de contato com os serviços de saúde.³ No Brasil, a APS está apoiada, desde 2006, pela Política Nacional de Atenção Básica, que tem o papel centralizador de organização, coordenação e responsabilização dentro do sistema de saúde.⁴

Muitas vezes, a APS é tida como uma estratégia cujo objetivo é garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto os componentes fundamentais desse âmbito de atenção visam não só a ampliar esse acesso como, principalmente, enfatizar a justiça e a equidade social e fortalecer a autorresponsabilidade por meio de uma mudança de paradigmas para um enfoque não mais sobre a doença, mas sim sobre a saúde.⁵

A APS está alicerçada sobre quatro atributos principais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A atenção ao primeiro contato tem por objetivo constituir-se como a porta de entrada para o sistema de saúde do país, uma vez que envolve a prestação de serviços de menor densidade tecnológica. O segundo atributo, a longitudinalidade, indica que, quando uma pessoa procura sempre a mesma fonte de atenção e essa a atende regularmente, cria e mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surgir, esta será respondida de forma mais eficiente. A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Finalmente, a coordenação do cuidado tem como incumbência organizar, coordenar e integrar o cuidado ao usuário independente do nível de atenção onde tiver sido recebido. Os quatro atributos estão relacionados entre si. O relacionamento com uma fonte habitual de atenção implica em que essa seja o local de atenção ao primeiro contato. Isso também

implica em que a fonte habitual de atenção assegure que essa seja integral e coordenada.⁶

Atenção ao primeiro contato, integralidade e coordenação da atenção são características que exigem capacitação clínica e ações gerenciais. Além disso, deve ser acrescentada a preocupação em conhecer a forma pela qual a longitudinalidade é alcançada e o grau de sucesso dos esforços para atingi-la. Esse atributo está associado a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, menos hospitalizações e custo total mais baixo. Esses aspectos são observados quando a fonte de cuidado for tanto um profissional específico como uma equipe. Entretanto, quando a fonte de cuidado for um único profissional, ainda existem benefícios adicionais, como melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnósticos mais precisos, maior probabilidade de os usuários seguirem as orientações e maior satisfação dos mesmos. Para que os resultados da longitudinalidade da atenção de uma equipe se equiparem aos de um profissional específico, é necessário que a mesma atinja altos níveis de atributos de atenção primária.⁶

O objetivo do estudo aqui relatado foi conhecer o processo de reflexão da equipe de uma Unidade de Saúde (US) de Porto Alegre/RS e de sua população adscrita sobre a longitudinalidade da atenção.

MÉTODO

Este estudo qualitativo exploratório foi realizado em uma Unidade de Saúde (US) situada em uma comunidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. A população adscrita da US era de aproximadamente 1.400 famílias, sendo que, dessas, 3.900 pessoas estavam nela cadastradas. A população habitava esse território há, aproximadamente, 40 anos sob a forma de ocupação irregular. O momento em que foi realizada a pesquisa era especial para a comunidade, que se encontrava fragilizada, uma vez que estava sendo reassentada em outro local da cidade devido a obras de ampliação da infraestrutura aeroportuária.

A equipe estudada contava com quatro médicos, duas enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma odontóloga, uma técnica em saúde bucal, uma psicóloga e uma assistente social. Também recebia residentes dos programas de Residência Médica e Multiprofissional desenvolvido por uma instituição local, abrangendo os núcleos profissionais da odontologia, serviço social, psicologia, farmácia e medicina.

Os sujeitos da investigação eram residentes, profissionais contratados da US e outros cedidos pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre e usuários cadastrados na US

que participaram de grupos focais^{7,8} com duração aproximada de 60 minutos, sendo as falas gravadas e, posteriormente, transcritas.

Em função do número de trabalhadores, a equipe foi dividida em três subgrupos para realização dos encontros. As questões norteadoras foram: “O que vocês entendem por longitudinalidade da atenção?” e “Como isso acontece na prática desta US com a equipe médica e de enfermagem?”. A escolha de profissionais médicos e enfermeiros como referência deveu-se ao seu maior número na equipe e pelo fato de não trabalharem com uma lista definida de pacientes nem território adstrito para cada profissional. Os demais profissionais eram os únicos de cada categoria, o que os tornava responsáveis por todo o território, além de terem uma forma de agendamento de consultas diferenciada, compatível com a especificidade de cada núcleo.

Os usuários participantes residiam no território onde a US estava localizada na época e deveriam ter consultado ao menos uma vez na US no último ano. Foi uma amostra intencional, para a qual foram convidados usuários com perfil de acompanhamento diversificado, ou seja, que haviam consultado com o mesmo profissional (médico ou enfermeira) nas últimas três consultas (Perfil 1) e outros que haviam consultado com mais de três profissionais diferentes dessas categorias (Perfil 2). Os usuários foram indicados pelos profissionais da equipe e convidados diretamente pela pesquisadora para participarem da pesquisa.

Foram realizados dois grupos focais com participantes usuários diferentes, havendo adesão de cinco pessoas por grupo. No primeiro grupo focal, participaram quatro usuários do Perfil 1 e um usuário do Perfil 2, enquanto que o segundo grupo contou com dois usuários com o Perfil 1 e três usuários com o Perfil 2. As questões norteadoras foram adaptadas de um instrumento elaborado para avaliar sistemas de atenção primária em saúde infantil⁶: “Qual(is) serviço(s) de saúde você costuma procurar quando precisa de atendimento de saúde?”; “Tem algum profissional de saúde que o(a) atende regularmente? Sabe o nome?”; “Você se sente à vontade para contar ao médico ou enfermeiro suas preocupações ou problemas?”; “O médico ou enfermeiro conhece a sua história e entende quais problemas são mais importantes para você e sua família?”; “O médico ou enfermeiro perguntam a respeito de suas ideias e opiniões quando estão planejando o tratamento e atendimento para você?”; “Já tentou marcar consulta com seu médico ou enfermeiro no último ano e não conseguiu? Em caso positivo, o que fez?”; “Em caso de dúvida, você consegue conversar com o profissional que o atendeu?”; “Os profissionais que o atendem sabem quando você consulta com outros profissionais?”; e “Se você pudesse, mudaria de posto de saúde?”

Para análise dos dados, todas as falas foram lidas e categorizadas a partir das temáticas levantadas na discussão com os grupos. Após a categorização, foi realizada a análise temática⁹ a partir do tema da longitudinalidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC sob o Parecer nº 263/10.

RESULTADOS

A análise temática da produção dos grupos focais permitiu a identificação de três categorias referentes ao objeto de pesquisa: conceito de longitudinalidade, dificuldades para sua manutenção e demandas dos usuários.

Na categoria *Conceito de Longitudinalidade* foi possível identificar que a equipe a entende como “o cuidado ao longo do tempo”. A esse cuidado foram atribuídas ações tanto de recuperação como de prevenção e promoção da saúde. Os profissionais entendiam que o cuidado pode ser prestado por uma equipe de saúde ou determinado profissional da mesma, sendo ideal que ambos ocorram simultaneamente, tendo como pressuposto a criação de vínculo entre usuário e equipe ou profissional. Foi possível, a partir das falas dos participantes, separar as reflexões dos mesmos acerca da longitudinalidade pela equipe e pelo profissional.

Os profissionais (P) avaliaram que a equipe era a referência de saúde para a comunidade, e a importância da longitudinalidade pela equipe estava em possibilitar que as demandas dos usuários (U) fossem compartilhadas por vários profissionais para que fossem atendidas com resolutividade, pois:

“a longitudinalidade se fortalece na medida em que as pessoas se sentem acolhidas aqui, independente da pessoa que as está vendo.” (P1)

Os usuários, em sua maioria, também referiram a Unidade de Saúde como o primeiro local onde buscavam atendimento em saúde:

“Nós que adquirimos o posto aqui para a nossa vila, então eu acho que o inicial tem que ser aqui através do posto (...) uma vez que o posto esteja funcionando, [o atendimento] deve sair daqui.” (U1)

Alguns usuários referiram que procuravam atendimento em saúde diretamente na emergência de um hospital e indicaram que isso acontecia devido à dificuldade de acesso às consultas na Unidade de Saúde.

Somente o grupo dos usuários apontou o registro no

prontuário como um instrumento da equipe utilizado para o auxílio e manutenção da longitudinalidade:

“eles [os profissionais de saúde] usam colocar na planilha, o prontuário (...) o que ele está sentindo (...). Então é onde eles conseguem, sem conversa, mas através da escrita eles se comunicam um com o outro, para saber o que foi feito.” (U1)

Em relação à longitudinalidade da atenção pelo profissional, a equipe referiu que as escolhas dos usuários deveriam ser respeitadas, pois estes se vinculavam a um profissional específico por várias razões: pela maneira como são tratados, por empatia, por afinidade e porque, quando a escolha é respeitada, o usuário tende a ser mais aderente ao tratamento e ter desfechos mais favoráveis em relação a sua saúde. A não garantia da longitudinalidade pelo profissional poderia trazer efeitos negativos no acompanhamento do paciente:

“[a paciente] vai ser faltosa, não vai fazer as tuas revisões, vai deixar de fazer o exame citopatológico (CP), porque não se sente bem com o médico tal e prefere ser atendida [por outro médico], mas tem que fazer o teu CP com o [médico que oferece consulta naquele momento].” (P2)

Os usuários corroboraram as vantagens apresentadas pela equipe para a longitudinalidade com o profissional, referindo que, quando o médico ou a enfermeira já conhecia a sua história, era mais fácil fazer algum encaminhamento, a escolha pelo tratamento medicamentoso era mais acertada e a resolução das queixas era mais rápida. Em relação às razões pelas quais preferiam consultar com o mesmo profissional, os usuários referiram que era porque se sentiam bem com a pessoa e tinham vontade de fazer o que o médico ou a enfermeira tinha aconselhado. Ao mesmo tempo, indicaram que precisavam confiar no profissional para procurá-lo, entretanto ponderaram que a confiança só seria adquirida com a continuidade dos encontros.

“A [médica da Unidade] foi a pessoa que ela entendeu mais, ela explicou mais direitinho (...) eu até emagreci com ela... e com resultado bom, melhor. Então eu prefiro sempre a [médica da Unidade] (...) eu quero consultar sempre com ela. Só se não tiver ela, nas férias, para eu consultar com outro, senão eu espero um pouquinho e espero a [médica da Unidade].” (U2)

Em relação às desvantagens de não ser acompanhado sempre com o mesmo profissional, os usuários informaram que não se sentiam à vontade para contar seus problemas e preocupações cada vez que consultavam com

um profissional diferente, o que também era percebido pela equipe. Ainda, muitas vezes, sentiam vergonha de responder às indagações e percebiam que, se o acompanhamento não era longitudinal, os profissionais não se aprofundavam nas relações familiares, não conhecendo os problemas de saúde do núcleo familiar.

A segunda categoria estabelecida foi *Dificuldades para manutenção da longitudinalidade*, indicando os desafios enfrentados para o estabelecimento e a sustentação do atributo. Foram identificados três temas principais: *Tipos de vínculo* (englobando profissionais contratados, residentes e estagiários), *Acesso* (fluxos e organização do trabalho) e *Condições de escuta*.

O tema *Tipos de vínculo* foi citado somente pelos profissionais, não parecendo ser percebido como dificuldade pelos usuários. Os profissionais alegaram que a disponibilidade de vários contratados, residentes e estagiários de medicina e enfermagem dificultava o estabelecimento de um vínculo entre paciente e profissional, o que prejudicava a garantia da longitudinalidade da atenção:

“a rotatividade dos residentes, doutorandos, estagiários, principalmente na área médica, mas também da enfermagem, as enfermeiras estagiárias que vêm, elas começam a fazer um vínculo, de repente termina o estágio.” (P2)

Para essa dificuldade, a equipe sugeriu alternativas como a combinação com o usuário de que seria acompanhado por outro profissional quando da saída de um residente e a priorização do acompanhamento de usuários com problemas de saúde crônicos por profissionais contratados ou residentes.

“Não deveria ter programas [organização do atendimento por ciclo de vida/patologia] para doutorando, não deveria, nem programa de gestante. Eles deveriam passar por essa experiência, mas junto com um profissional da saúde que tem o conhecimento, atender junto com o residente, atender junto com o contratado, mas não elas pegarem uma puericultura, um Programa da Criança, do hipertenso, diabético, porque daqui a pouco o diabético, hipertenso, gestante é tão difícil de trazer que vem com uma doutoranda, quando é a próxima vez que ele vem aqui o doutorando já não está mais.” (P3)

Sob o tema *Acesso*, apontado tanto por usuários como profissionais da equipe, apareceu muito fortemente a questão da agenda de consultas como determinante do acesso do usuário ao cuidado pela equipe. Esta entendia que era muito difícil garantir o acompanhamento com o profissional de escolha do usuário e que isso poderia in-

fluenciar negativamente na longitudinalidade do cuidado para com o mesmo:

“À medida que a gente não consegue o profissional que o paciente escolheu, corremos o risco de estar quebrando o vínculo da Unidade com ele também. Ele pode ficar desacreditado no nosso tratamento, não ter mais vontade de vir.” (P4)

Os usuários também expressaram a dificuldade de conseguir atendimento com o profissional de referência e que muitas vezes acabavam sendo acompanhados por vários profissionais diferentes não por opção própria, mas justamente devido a essa dificuldade:

“eu consulto sempre com um diferente porque várias vezes eu não consegui com o médico que eu queria. Ai eu consulto com um diferente, tenho que explicar tudo para ele entender.” (U3)

Além disso, os usuários manifestaram que, por não conseguirem agendar suas consultas, acabavam desistindo de consultar ou atrasando suas revisões:

“esse ano que está se passando eu não fui uma vez no posto, então sem comentários, não tenho nada a declarar (...). Fiquei muito magoada (...). Não, não tem mais ficha... Voltei com os exames na mão, guardei na gaveta e não fui mais.” (U4)

Por outro lado, manifestaram que, superado o obstáculo da agenda, apreciavam muito o atendimento recebido dos médicos e enfermeiras e que estavam muito satisfeitos com a atenção prestada pela equipe.

Outra dificuldade percebida pela equipe e usuários foi quanto ao tema *Condições de escuta*, que também acabava sendo um determinante negativo da longitudinalidade. O usuário que chegava à US era recebido pelos funcionários do setor administrativo, sendo diretamente encaminhado para consulta quando existisse disponibilidade de agenda. Caso não houvesse disponibilidade, o usuário era encaminhado para a sala de enfermagem, onde era feita uma escuta. A equipe apontou a existência de falhas nesse processo, sendo uma delas a estrutura física da recepção da US, que impedia uma escuta qualificada da demanda do usuário:

“Ali na frente também é complicado para eles [funcionários administrativos], porque é um lugar aberto, às vezes as pessoas não têm como se abrir (...) é difícil fazer a escuta ali na frente, em público, o paciente tem que se expor.” (P2)

Os usuários relataram que não se sentiam à vontade para expor seus problemas de saúde para os auxiliares administrativos, preferindo a escuta do profissional de saúde. Essa dificuldade estava atrelada a outro descontentamento de usuários e equipe, que era o encaminhamento dado ao paciente quando não havia mais disponibilidade de consulta. A equipe entendia que, em função da sobrecarga de trabalho, os auxiliares administrativos nem sempre conseguiam responder a contento a demanda apresentada pela população:

“Tem essa cultura de que é o médico que vai resolver o meu problema, (...) então o administrativo meio que acaba às vezes ouvindo e, se tu queria consulta, não tem.” (P5)

Para tanto, a própria equipe percebia a necessidade de outra forma de receber as demandas da comunidade, evitando a sobrecarga da enfermagem, que é quem fazia a escuta na maioria das vezes, e dos funcionários administrativos, que assumiam a função de porta de entrada da Unidade:

“se a gente conseguisse escutar de uma outra forma, (...). Só que tudo fica sobrecarregado na enfermagem e não é justo.” (P5)

A última categoria definida foi *Demandas do Usuário*. Quanto a esse tema, profissionais e usuários concordaram que determinadas situações, como problemas de saúde crônicos e situações de vulnerabilidade social, necessitavam de garantia de tratamento longitudinal. Os usuários também relataram que preferiam esperar a consulta com o profissional de referência se a queixa não fosse de urgência a consultar com outro:

“eu consigo entender que tu queres com o [profissional] fulano porque contou para ele que tu foi abusada, só para ele que tu contou isso.” (P6)

Um usuário manifestou que:

“Se não for grave, acho que vale a pena esperar de um dia para o outro, dois dias.” (U1)

Entretanto, mesmo pensando em possibilitar a longitudinalidade do cuidado, a equipe reconhecia que, muitas vezes, o usuário não sabia o nome do profissional de referência e outras vezes acabava optando por marcar consulta com “qualquer um”. Essa última observação seria mais usual para usuários homens.

“Quem tem mais essa escolha de médico são as mulheres, porque o homem, qualquer um deles que chegar aqui: ‘Com quem tu quer consultar?’ ‘Qualquer médico’... eles só dizem ‘qualquer médico’, tipo eu só quero consultar e me livrar e não precisar mais vir aqui.” (P7)

Uma das possíveis explicações identificadas pelos profissionais foi que a comunidade parecia ter muitas necessidades imediatas e acabava procurando o posto mais para resolução de situações agudas, o que dificultava o acesso às consultas com os profissionais de referência. Com isso, os usuários dependiam da disponibilidade da agenda para marcarem suas consultas, o que restringia a possibilidade de que a mesma fosse realizada com o profissional de sua preferência:

“Nossa população é muito imediatista, então quer marcar uma consulta médica, não importa, mesmo que ela tenha vínculo, acaba marcando com a oferta que se tem, e nem sempre consegue se encaixar.” (P8)

Os usuários expressaram que:

“a gente, quando precisa de médico, é o que tem disponível e a gente aceita, mas o certo seria o que começa o trabalho tem que terminar com o trabalho, para funcionar certo.” (U5)

No grupo de usuários que participaram deste trabalho, notou-se que aqueles que consultavam com médicos e enfermeiras diferentes, não se vinculando a nenhum profissional de referência, eram os que acessavam a Unidade de Saúde majoritariamente em situações agudas. Quando questionados sobre as razões de não manter o cuidado com um mesmo profissional, uma resposta foi:

“eu não gosto de esperar.” (U6)

Uma das constatações da equipe sobre a demanda dos usuários para aperfeiçoar a longitudinalidade foi a necessidade de dialogar com a comunidade. Isso possibilitaria conhecer o que a comunidade espera da equipe em termos de organização para atender as questões trazidas pela população.

“Se a gente escuta, fica sabendo o que realmente precisa trabalhar, onde é que está deixando em aberto alguma coisa, que a gente pensa que está bem e não está. Eu acho que a comunidade pode trazer essa contribuição, essa visão de fora do nosso núcleo de trabalho, do nosso processo de trabalho dentro da Unidade.” (P8)

DISCUSSÃO

Desde 1994, a reestruturação da saúde brasileira, apoiada na Reforma Sanitária, vem provocando mudanças no modelo assistencial, rompendo com o comportamento menos proativo das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para e junto à comunidade. O foco da mudança foi a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. A Atenção Básica, concebida como equivalente à Atenção Primária em Saúde pela Política Nacional de Atenção Básica¹⁰, tem, na Saúde da Família, sua principal estratégia de expansão e consolidação. Seus fundamentos e diretrizes apontados pela legislação vigente são: trabalhar em território adstrito; ser a porta de entrada preferencial para a rede de atenção; desenvolver relações de vínculo garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade das ações; e estimular a participação social.

No Brasil, a palavra “longitudinalidade” não é usual na literatura¹¹; logo, o conceito utilizado nesta pesquisa, a exemplo de outros autores que pesquisam sobre o tema, foi o de Starfield, que postula que a longitudinalidade é a relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e pacientes, permeada por fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.⁶ Outros autores concordam com o conceito estabelecido pela autora e sustentam que a garantia da longitudinalidade da atenção necessita de boa comunicação entre as partes, confiança e senso de responsabilidade ao longo de toda a relação¹², já que somente o conhecimento sobre o paciente não é suficiente para garanti-la.¹³

Muitas vezes a palavra continuidade substitui longitudinalidade; entretanto a continuidade do cuidado é conceituada como “o acompanhamento por um mesmo médico ou não de um problema específico do paciente.” A continuidade não é um elemento característico da atenção primária nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o usuário, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia.^{11, 14}

O conceito de longitudinalidade construído pela equipe da US pesquisada foi “o cuidado ao longo do tempo.” Para tanto, os profissionais citaram a existência do vínculo entre equipe e usuário ou profissional e usuário. As falas dos profissionais de saúde não explicitaram que a longitudinalidade tem como pressuposto as características acima citadas de confiança, corresponsabilidade e boa comuni-

cação. Tampouco o sentido de “vínculo” foi explorado; no entanto, segundo a literatura, o vínculo duradouro é sinônimo de uma relação terapêutica ao longo do tempo, podendo também significar a relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade.^{15, 16} Dessa maneira, pode-se pensar que a equipe entendia que a longitudinalidade não prescinde de uma relação de cuidado entre equipe/usuário ou profissional/usuário que se estabelece ao longo do tempo e que tem como componente essencial o vínculo. A partir disso, entende-se que esses profissionais de saúde, ao desempenharem suas ações pautados pelos atributos da APS, trabalhavam embasados no conceito de longitudinalidade da atenção postulado por Starfield e não com o conceito de continuidade do cuidado.

Na categoria conceito de longitudinalidade, foi possível discernir o cuidado longitudinal pela equipe e/ou por um profissional específico. Em relação à longitudinalidade pela equipe, tanto profissionais como usuários afirmaram que a referência de saúde para aquela comunidade era a Unidade de Saúde estudada. Entretanto alguns usuários referiram que procuravam diretamente na emergência hospitalar em função da dificuldade de acesso aos serviços da US.

Esses achados estão em consonância com a literatura consultada, a qual aponta que a capacidade da população de reconhecer a Unidade de Saúde como sua fonte habitual de cuidado para a maioria das suas necessidades em saúde constitui um indicador de longitudinalidade.⁶ A contrapartida é o reconhecimento pela equipe da existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que essa relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada. Com isso, a equipe assume a coordenação do cuidado dessa população executando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.¹³

A identificação, pela população atendida, da Unidade de Saúde como provedora habitual de cuidado está intimamente ligada à oferta e disponibilidade dessa fonte, que deve corresponder, em termos qualitativos e quantitativos, às necessidades de saúde da população local.^{6,12} Tal afirmação está de acordo com o motivo identificado pelos usuários para buscarem resolução para seus problemas de saúde diretamente na emergência de um hospital ao invés de acessar a Unidade de Saúde primeiramente.

A Organização Mundial da Saúde aponta, como benefícios da longitudinalidade, a maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhora na relação entre usuários e provedores de serviços; promoção de um papel mais efetivo na

manutenção de saúde por parte do usuário; redução do sobreuso dos serviços de saúde e, ainda, a provável redução dos custos do cuidado por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários.¹⁷

Além disso, já existem boas evidências de que usuários que possuem um serviço ou um profissional como sua fonte provedora habitual de cuidado mantêm suas consultas de revisão e recebem melhor prevenção para alguns problemas de saúde. Pacientes que procuram sempre a mesma fonte de cuidado possuem menores índices de hospitalização e menor custo do tratamento do que pessoas que não possuem uma fonte habitual de cuidado. Entretanto, mesmo havendo redução nesses índices, a redução é maior se o usuário for acompanhado sempre pelo mesmo profissional. Ademais, há relatos de que a longitudinalidade por um profissional também traz como benefícios melhor reconhecimento dos problemas e necessidades dos usuários, diagnósticos mais precisos, melhor orientação em relação ao tratamento e maior satisfação do usuário em relação ao seu cuidado.⁶

A equipe da US investigada referiu que possuía uma postura “acolhedora”, o que ajudaria a não restringir a demanda do usuário, como poderia ocorrer se este fosse acompanhado por um único profissional. Pensando nos atributos da APS, quando um local é uma fonte regular de cuidado, é mais fácil garantir o acesso e a integralidade do cuidado, uma vez que há vários profissionais disponíveis para acompanhar o usuário. No entanto a coordenação do cuidado fica dificultada, relação que se inverte quando a fonte de cuidado for um único profissional. Logo, a longitudinalidade pelo profissional exige maior disponibilidade e compromisso.^{6,17}

Os trabalhadores que participaram da pesquisa entendiam que os usuários se vinculavam a determinado profissional por diversas razões como empatia, satisfação com a maneira como eram tratados e afinidade, e indicaram que a garantia da longitudinalidade pelo profissional trazia maiores benefícios em relação à adesão ao tratamento e desfechos em saúde mais favoráveis. Os usuários também referiram que se vinculavam a profissionais que os faziam se sentir bem e ter vontade de seguir seus conselhos. Também trouxeram a confiança como determinante da relação longitudinal. Entretanto ponderaram que a confiança é adquirida ao longo do tempo e após vários encontros. Além das características citadas, estudos também apontam disponibilidade e lealdade do profissional e boa comunicação como facilitadores do vínculo usuário-profissional.¹⁸⁻²⁰

Segundo a equipe, a falta de garantia do acompanhamento pelo profissional de escolha acarretava o absentismo às consultas de revisão e a não realização de exames

de prevenção. Também dificultava o acompanhamento de usuários inscritos em ações programáticas como gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças menores de 12 anos. Os usuários concordaram com os profissionais e referiram que, se o acompanhamento não fosse longitudinal, não se sentiam à vontade para compartilhar problemas e preocupações com o profissional e sentiam que este acabava por não se aprofundar nas relações familiares. Isso corrobora achados de que maiores taxas de internação e de atendimento de emergência, pior receptividade dos cuidados preventivos e pior comunicação estão associados à não garantia da longitudinalidade pelo profissional.²¹

Em relação às dificuldades para a manutenção da longitudinalidade, foram identificadas três subcategorias: tipos de vínculo, acesso e condições de escuta.

A equipe citou que a diferença de vínculo dos que interagem no cuidado aos usuários - residentes, vinculados à US durante dois anos, estagiários, que permaneciam por três meses, e profissionais contratados - poderia dificultar a manutenção da longitudinalidade. Tal aspecto não foi mencionado pelos usuários e a literatura a respeito do tema é escassa. Um estudo informa que essa rotatividade é inerente a locais que são campo de formação e ensino e isso pode dar a impressão de que a assistência é reiniciada de tempos em tempos, fazendo-se necessário (re)estabelecer o entrosamento com o novo integrante da equipe.²² Deve-se atentar, entretanto, que essa sensação de “corte” na assistência também se dá em função da rotatividade de profissionais contratados, que eventualmente pode ocorrer, e também a cada vez que se tenta marcar uma consulta com o profissional de referência e não se consegue.

Para tentar solucionar esse problema, a equipe trouxe a mesma solução que o estudo relatado: vincular sempre algum trabalhador contratado da equipe com o residente ou estagiário para que a longitudinalidade do cuidado ao usuário não deixasse de ocorrer.

Dentro da subcategoria acesso, foi percebido que profissionais e usuários entendiam o acesso à US como um fator que dificultava a longitudinalidade. As consultas, na medida do possível, são agendadas, independente do profissional que estiver disponível, seja ele de referência para o usuário ou não. Esse sistema adotado pela equipe dificultava tanto a longitudinalidade pelo profissional como acabava por fazer com que os usuários desistissem de seus atendimentos, atrasando suas consultas de revisão. Em contraponto, quando o usuário conseguia acessar os serviços da US, mostrava-se muito satisfeito com o cuidado recebido.

Acesso, ou porta de entrada, também é um atributo da APS e, como dito anteriormente, os quatro atributos da APS estão interligados.⁶ A porta de entrada de um sistema

de serviços de saúde deve propiciar a obtenção de cuidados de saúde de modo fácil e conveniente, aumentando o potencial de utilização dos serviços ofertados.²³ Para tanto, espera-se que as barreiras, quer sejam geográficas, estruturais, relacionais e organizacionais, gerenciais ou culturais, sejam derrubadas. É desejável que o equilíbrio entre oferta e demanda seja mantido a fim de responder às expectativas e demandas da população com qualidade.²⁴

Um estudo realizado em Porto Alegre, que avaliou serviços de Atenção Primária em Saúde em relação ao seu alto ou baixo escore de atributos de APS, relatou que os itens pior avaliados, tanto em serviços com alto escore como nos serviços com baixo escore de APS, foram os itens relacionados ao funcionamento do serviço.²⁵ O tempo despendido na sala de espera, a cordialidade da recepção e a satisfação com o agendamento apresentaram os percentuais mais baixos de grau de satisfação entre os usuários, demonstrando que o acesso aos serviços de Porto Alegre, de uma maneira geral, está tendo uma avaliação desfavorável.

A última subcategoria aborda as condições de escuta do usuário quando chega à US. Ficou evidenciado que a equipe não se envolvia na escuta desse usuário, uma vez que o mesmo era recepcionado pelos funcionários do setor administrativo e dali era encaminhado para consulta, se houvesse disponibilidade, ou para a enfermagem, que acabava escutando o paciente e dando um encaminhamento para o seu problema. Nem a equipe e nem os usuários pareciam satisfeitos com esse tipo de recepção e ambos apontaram que outra possibilidade de escuta seria necessária.

Ao humanizarmos as relações entre usuários e trabalhadores estamos reconhecendo os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos.²⁶ A escuta do usuário produz uma relação de responsabilização entre os sujeitos, propiciando a produção de saúde a partir de projetos de intervenção construídos conjuntamente.²⁷ A produção desses encontros, bem como boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional são fatores apreciados pelos usuários e, segundo os mesmos, refletem a qualidade de um serviço de saúde.²⁸

Em relação às demandas do usuário, a literatura descreve que a longitudinalidade nem sempre é interessante para todos os perfis de usuários que acessam as Unidades de Saúde. Mulheres, idosos, grupos com menor nível de escolaridade, portadores de condições crônicas, usuários polimedicados e com percepção de pior estado de saúde relatam valorizar a longitudinalidade do cuidado.^{29,30} Além disso, outros estudos revelam que portadores de condições crônicas se beneficiam do acompanhamento com o mesmo profissional de saúde em relação a taxas de in-

ternação. Entretanto, em condições agudas, esse mesmo benefício não é evidenciado.³¹

Esses resultados vêm ao encontro do relatado pela equipe e comunidade participantes deste estudo. Foi possível constatar que usuários, em situações de saúde crônicas, bem como de vulnerabilidade, beneficiavam-se da longitudinalidade pelo profissional e a apreciavam. A equipe pensava que a comunidade seria imediatista como um todo; entretanto os pacientes, em suas falas, conseguiam distinguir que existem situações em que prefeririam aguardar para consultar com o provedor regular de cuidado e outras, como as de queixas agudas, em que aceitariam o profissional que estivesse disponível.

O fator tempo também parece ser um determinante nas condições agudas. Tanto nesta pesquisa como em outro estudo, há relatos de que um dia é o tempo máximo que um usuário espera para ter um problema agudo resolvido.³² Nessa perspectiva, os usuários relataram que aceitariam atendimento por qualquer profissional, bem como em situações que não consideravam de alta complexidade.²⁰ Nessas situações, a longitudinalidade pela equipe seria um fator suficiente e importante para o alcance de bons resultados em saúde. Dessa maneira, em um momento inicial, talvez assegurar a longitudinalidade do cuidado, principalmente para grupos de pacientes crônicos, portadores de patologias complexas, e idosos seja um aspecto que vá auxiliar as USs cuja porta de entrada ainda é um fator determinante.

É importante ressaltar que a própria equipe apresentou algumas sugestões de caminhos a seguir para adequar a disponibilidade de serviços à demanda dos usuários, como o diálogo entre US e comunidade, já que a inserção de uma equipe de saúde em uma comunidade permite que a primeira conheça a forma com que essa população se organiza e reage aos problemas sociais e de saúde.³³ Além da PNAB, que determina como diretriz da APS “estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado a sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social”, a participação social também é garantida pela Constituição e legislação complementar. O controle social, conforme descrito na Lei no. 8.142/90, constitui-se em processos compartilhados de decisão que qualificam e compõem a gestão participativa no SUS. Com esse incentivo, as ações de governo ficam legitimadas, uma vez que a inclusão da sociedade como ator desse processo dá voz às necessidades da população, conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.³⁴

CONCLUSÕES

A partir deste estudo, é possível concluir que a comunidade estudada reconhece a Unidade de Saúde como sua provedora usual de cuidado. Essa constatação está presente tanto nas falas dos usuários como nas falas dos profissionais de saúde. Existe, porém, uma preferência de uma parcela da população pela procura de um serviço de emergência para acessar algum tipo de cuidado, uma vez que entendem que existe dificuldade no acesso à US.

Percebe-se que a equipe tem um forte laço com essa comunidade e trabalha com o conceito de longitudinalidade, o qual prevê a corresponsabilização entre equipe/profissional e usuário, embasada em uma relação de confiança e no estabelecimento de vínculo entre as partes envolvidas nesse encontro.

Apesar de a fala dos profissionais reforçar que a equipe trabalhava com uma “postura acolhedora”, tentando fortalecer a longitudinalidade pela equipe, esta fazia movimentos em sua prática diária para possibilitar e privilegiar a longitudinalidade por um profissional específico.

É interessante notar que a equipe não referiu o prontuário como um instrumento importante para a garantia da longitudinalidade, aspecto que somente foi lembrado pelos usuários. Dessa forma, pode-se pensar que a qualidade e o uso dos registros no prontuário é um assunto a ser trabalhado pela equipe.

Os aspectos aqui apontados como dificuldade para a manutenção da longitudinalidade, como tipos de vínculo, acesso e condições de escuta, são elementos intrínsecos ao processo de trabalho da equipe. Os relatos analisados demonstraram que os profissionais e os usuários percebem esse nó. A equipe já iniciou o processo de discussão para pensar em estratégias que solucionem essas dificuldades, principalmente em função da mudança de área vivenciada pela comunidade. O que falta é reunir profissionais e comunidade para uma tomada de decisão conjunta, o que ajudaria a diminuir o desconforto sentido atualmente por ambas as partes.

A demanda dos usuários também é um tema que deve ser levado em conta nas discussões futuras, pois parece que a longitudinalidade por um único profissional não é generalizável a todas as demandas e essa generalização não parece ser desejo nem de usuários e nem de profissionais.

Em uma comunidade que vive sob a forma de ocupação irregular há muitos anos, com características migratórias importantes, com planejamento de vida em curto prazo e que, no momento da pesquisa, estava sendo transferida para outro local, talvez seja difícil imaginar um trabalho com aspectos mais permanentes, como a longitudinalidade. A própria equipe entende a comunidade como imediatista.

Entretanto os usuários reforçam a importância da relação longitudinal de acordo com a especificidade de cada situação.

Há que fazer o exercício de reflexão sobre os atributos da atenção primária em saúde para construir estratégias que fortaleçam os elos entre profissionais de saúde e comunidade, possibilitando a oferta do cuidado com qualidade. Este estudo aponta caminhos para iniciar essa caminhada, por meio da consolidação da longitudinalidade pela equipe e, quando necessário, pelo profissional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. [Citado 2010 nov. 23]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.
2. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
3. World Health Organization. Health promotion: concepts and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(1):113-25.
6. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. VICTORA CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda; 2000.
8. Gomes A. Usos e possibilidades do grupo focal. Eccos Rev Científica. 2005; 7(2): 486-79.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.
11. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Cienc Saúde Coletiva. 2011; 16 (Supl.1):1029-42.
12. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003; 327: 1219-21.
13. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med. 2003; 1(3):134-45.
14. Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71:479-85.
15. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Cienc Saúde Coletiva. 2004; 9(1):139-46.
16. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):131-5.
17. World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Geneva: WHO; 1992.
18. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. Family Practice. 2001; 18 (1): 53-9.
19. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and United Kingdom. Family Med. 2001; 33(1): 22-7.
20. Tarrant C, Dixon-Woods M, Colman AM, Stokes T. Continuity and trust in primary care. Ann Fam Med. 2010; 8(5): 440-6.
21. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? J Fam Pract. 2004; 53(12): 974-80.

22. Kerber NPC, Kirchoff ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2):304-12.
23. Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12:233-42.
24. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl.1):893-902.
25. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam Com*. 2009; 4(16): 270-6.
26. Gomes AMA, Nations MK, Sampaio JJC, Alves MSCF. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. *Rev APS*. 2011; 14(4): 435-46.
27. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
28. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34.
29. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stage KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*. 2003; 1: 149-55.
30. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl.1):893-902.
31. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998; 7(4): 352-7.
32. Love MM, Mainous AG. Commitment to a regular physician: How long will patients wait to see their own physician for acute illness? *J Fam Pract*. 1999; 48:202-7.
33. Cisneiros VGF, Amaral GMC, Oliveira MLS, Cunha DM, Silva MRS. Iniquidades e exclusão social em um PSF do município de Jabotão dos Guararapes. *Rev APS*. 2011 jul/set; 14(3): 362-6.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa para o SUS. [Citado 2011 nov. 23]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>.

Submissão: março/2013

Aprovação: setembro/2013
