

A longitudinalidade nas práticas de saúde: uma revisão no contexto da Estratégia Saúde da Família

Longitudinality in healthcare practices: a review in the context of the Family Health Strategy

Longitudinalidad en las prácticas de salud: una revisión en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia

Thalia Cristine Novaes de Vasconcelos

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo

Anna Carolina Alves Machado

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Resumo

O objetivo é analisar, na literatura científica brasileira, as atividades, características do trabalho e limitações relacionadas à longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Revisão integrativa, na qual realizou-se levantamento de estudos publicados até 2021 nas bases Scielo e Lilacs. Considerando-se critérios de elegibilidade, 07 artigos foram incluídos na amostra final. As atividades/características identificadas foram classificadas e quantificadas conforme as dimensões da longitudinalidade. Predominaram as que estavam associadas às dimensões Fonte Regular de Cuidado e Relação Interpessoal, destacando-se a visita domiciliar feita pelo agente comunitário de saúde e as tecnologias relacionais, respectivamente. A dimensão Continuidade Informacional foi a menos abordada. Os limites impostos ao cuidado longitudinal concentraram-se na dimensão Fonte Regular de Cuidado, a exemplo da burocratização do acesso, falta de medicamentos e não integração do médico à equipe. O enfoque na longitudinalidade oportunizou a análise de potencialidades e contradições específicas das práticas de saúde na ESF. Reforça-se a necessidade de investigá-las, com vistas a mudanças no processo de trabalho, para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Prática de Saúde Pública.

Abstract

The goal is to analyze, in Brazilian scientific literature, the activities, work characteristics, and limitations related to longitudinality within the Family Health Strategy framework. Integrative review, in which a survey of studies published up to 2021 was conducted in the Scielo and Lilacs databases. Considering eligibility criteria, 07 articles were included in the

final sample. The identified activities/characteristics were classified and quantified according to the dimensions of longitudinality. The activities predominantly associated with the dimensions of Regular Source of Care and Interpersonal Relationship, with home visits conducted by community health agents and relational technologies, respectively, standing out. The dimension of Informational Continuity was the least addressed. The limits imposed on longitudinal care focused on the dimension of Regular Source of Care, such as bureaucratic access, medication shortages, and the lack of integration of the physician within the team. The focus on longitudinality provided the opportunity to analyze specific strengths and contradictions in health practices within the Family Health Strategy (ESF). It reinforces the need to investigate them, aiming for changes in the work process to strengthen Primary Health Care.

Keywords: Continuity of Patient Care, Primary Health Care, Family Health, Public Health Practice.

Resumen

El objetivo es analizar, en la literatura científica brasileña, las actividades, características del trabajo y limitaciones relacionadas a la longitudinalidad en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia. Revisión integradora, en la que se realizó un levantamiento de estudios publicados hasta 2021 en las bases de datos Scielo y Lilacs. Considerando los criterios de elegibilidad, se incluyeron 07 artículos en la muestra final. Las actividades/características identificadas fueron clasificadas y cuantificadas según las dimensiones de longitudinalidad. Predominaron aquellas asociadas a las dimensiones Fuente Regular de Cuidado y Relación Interpersonal, destacándose la visita domiciliaria realizada por el agente comunitario de salud y las tecnologías relacionales, respectivamente. La dimensión Continuidad Informacional fue la menos abordada. Los límites impuestos a la atención longitudinal se concentraron en la dimensión Fuente Regular de Atención, como la burocratización del acceso, la falta de medicamentos y la no integración del médico al equipo. El enfoque en la longitudinalidad brindó la oportunidad de analizar potencialidades y contradicciones específicas de las prácticas de salud en el FSE. Se refuerza la necesidad de investigarlos, con miras a cambios en el proceso de trabajo, para fortalecer la Atención Primaria de Salud.

Palabras-clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia, Práctica de Salud Pública.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à porta de entrada do SUS, onde Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) realizam atividades de baixa densidade tecnológica, garantindo o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde¹. No entanto, ao ampliar o conceito de APS, entende-se que, para além de uma estratégia de organização e integração do sistema de saúde, a partir de uma perspectiva da população, busca-se assegurar o cuidado no primeiro atendimento, assim como também, os recursos humanos e tecnológicos adequados e sustentáveis, contemplando o significado real da sustentabilidade, capaz de suprir as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de atender às do futuro^{2,3}. No Brasil, o que sustenta este conceito e alavanca a APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴.

A ESF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas um modelo que procura aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na lógica da vigilância à saúde, fortalecendo diretrizes e princípios doutrinários do SUS como universalidade, integralidade e equidade⁵, por isso, configura-se como principal estratégia de implementação e organização da APS⁶, baseada nos atributos essenciais propostos por Starfield⁷: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e, nos atributos derivados, quais sejam: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Tais atributos foram incorporados à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, persistindo nas versões atualizadas em 2011 e 2017^{5,8}.

Dentre os atributos supracitados está a longitudinalidade, que pode ser compreendida como uma relação pessoal duradoura entre os profissionais de saúde e os usuários das unidades de saúde⁷. É prevista como diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo definida como:

“continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.”⁹

Segundo Cunha e Giovanella¹⁰, enquanto característica central e exclusiva da APS, este atributo pode ser definido também como a relação terapêutica entre usuário e profissionais da equipe, que implica o reconhecimento e a utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo, contextualizando-se em uma equipe

multiprofissional, visto que não responsabiliza unicamente a figura médica pelo cuidado ofertado neste nível assistencial.

Ademais, pode-se compreender a longitudinalidade a partir de suas três dimensões: a fonte regular de cuidado, que expressa o reconhecimento da unidade básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde; a relação interpessoal, que pressupõe o estabelecimento de vínculo duradouro que se configura em uma boa relação entre os profissionais de saúde e o usuário; e a continuidade informacional, base deste atributo, pois guia a conduta terapêutica ao fornecer informações cruciais sobre a vida das pessoas, referindo-se, portanto, à qualidade dos registros em saúde, sua manipulação e disponibilização, com o intuito de gerar o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe de saúde, possibilitando uma assistência integral, visto que os registros em saúde devem compreender aspectos clínicos, características sociodemográficas, valores e situação familiar do usuário¹⁰.

Logo, a longitudinalidade e as suas dimensões constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da APS. Neste sentido, estudos recentes avaliaram o atributo da longitudinalidade através do PCATool (Primary Care Assessment Tool), Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. Uma pesquisa de avaliação dos modelos de APS (unidade de saúde com e sem ESF), ao observar a longitudinalidade nos cuidados primários à saúde da criança em um município do Oeste do Paraná, aponta como resultados positivos da longitudinalidade o estabelecimento de um forte vínculo com as unidades de saúde, sugerindo que há o reconhecimento da fonte de atenção primária por parte dos usuários¹¹. Um outro estudo também avaliou o cuidado longitudinal nos diferentes modelos assistenciais na APS e verificou que os melhores resultados foram encontrados na ESF¹².

Com isso, acredita-se que as dimensões da longitudinalidade se concretizam por meio das práticas de saúde e, por esse motivo, identificar as atividades, na condição de componente do processo de trabalho em saúde, que estão sendo realizadas nos serviços pelos profissionais que trabalham na ESF também é importante para uma melhor compreensão de como elas estão sendo desempenhadas neste cenário. Para que a APS seja efetivamente uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, é necessário que seus atributos sejam considerados, pois só será possível alcançar uma APS de qualidade quando os seus atributos forem operacionalizados em sua totalidade².

Deste modo, este trabalho teve como objetivo analisar, a partir da literatura científica brasileira, as características do trabalho, as atividades e limitações relacionadas à afirmação da longitudinalidade no âmbito da ESF.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

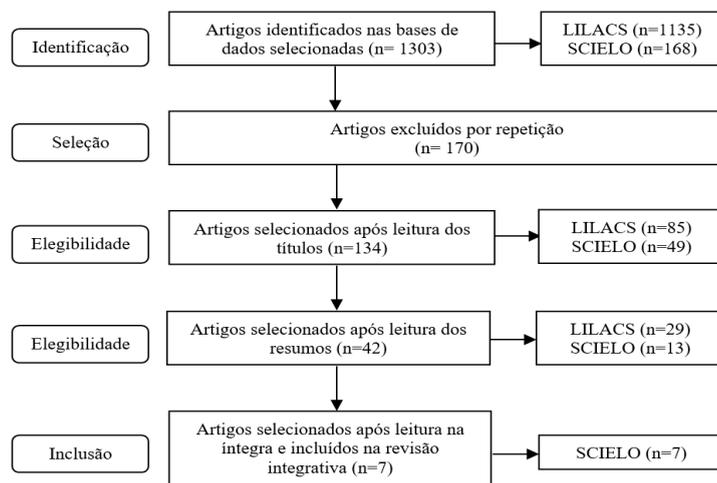
Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, construída a partir da elaboração de uma pergunta norteadora, seguida de exploração inicial da literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão¹³. Deste modo, buscou-se artigos científicos publicados até 2021, sem um ano inicial pré-estabelecido, em revistas indexadas nas bases Scielo e Lilacs, com vistas a responder à pergunta central: “Quais são as atividades/características do trabalho, voltadas para a afirmação da longitudinalidade, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no âmbito da ESF?”.

Foram utilizados, como estratégia de busca, os descritores (longitudinalidade OR continuidade da assistência ao paciente) AND (atenção primária OR saúde da família), validados no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde), buscando-se artigos exclusivamente em português, selecionando-se todos os índices. Foram incluídos artigos cuja temática central estivesse relacionada ao desenvolvimento de atividades de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família, sendo excluídos artigos que não detalharam tais atividades, a exemplo dos que utilizaram instrumentos avaliativos em sua metodologia, como o PCATool e PMAQ, e também os artigos cujo campo de estudo não fosse o Brasil.

Inicialmente, a busca levantou 1303 artigos relacionados à temática. Após a seleção de títulos e resumos, bem como exclusão de repetições, restaram 42 artigos. Por fim, realizada a leitura dos artigos na íntegra, considerando os que abordavam atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF voltadas para a longitudinalidade, foram selecionados os 7 artigos do tipo analítico-descritivo que compuseram o material de análise deste estudo. Segue abaixo o organograma detalhando as etapas realizadas para seleção dos artigos utilizados na revisão de literatura:

Figura 1. Organograma com etapas da seleção dos artigos para revisão da literatura.



Desta forma, a análise foi feita a partir da identificação das características do trabalho e atividades apresentadas nos resultados dos artigos, que foram classificadas e quantificadas conforme as dimensões da longitudinalidade propostas por Cunha e Giovanella¹⁰.

Resultados e discussão

A partir da análise do material, foram identificadas tanto as atividades realizadas na ESF voltadas para a afirmação da longitudinalidade, quanto às limitações relacionadas ao desenvolvimento do referido atributo. Os resultados foram produzidos a partir de estudos publicados entre os anos 2010 e 2021, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Relação dos artigos analisados que continham atividades/características do trabalho voltadas à longitudinalidade do cuidado.

Título/Revista	Autores/Ano de publicação	Abrangência da Pesquisa	Característica Metodológica
Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária/ Cadernos de Saúde Pública	Moreira et al., 2021 ⁶	Municipal	Qualitativo
Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia/ Revista de APS	do Vale et al., 2019 ¹⁴	Municipal	Qualitativo
Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços/ Physis: Revista de Saúde Coletiva	Santos, Romano e Engstrom, 2018 ¹⁵	Municipal	Qualitativo
Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal/ Cadernos Saúde Coletiva	Arce e Sousa, 2014 ¹⁶	Estadual	Qualitativo
Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional/ Revista da Escola de Enfermagem da USP	Baratieri, Mandu e Marcon, 2012 ¹⁷	Municipal	Qualitativo
Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família / Escola Anna Nery	Baratieri e Marcon, 2011 ¹⁸	Municipal	Qualitativo
Acompanhamento de usuários portadores de câncer por trabalhadores da saúde da família/Revista Latino-Americana de Enfermagem	Simino, Santos e Mishima, 2010 ¹⁹	Municipal	Quantitativo

Fonte: Autores.

Com base no total de estudos encontrados, podemos inferir que há uma produção ainda incipiente e exploratória acerca do detalhamento das atividades voltadas à longitudinalidade na ESF. Destaca-se o predomínio de artigos com abrangência municipal e o desenho qualitativo, sendo três dos sete artigos publicados em revistas de Enfermagem, número equivalente à área de Saúde Coletiva.

A continuidade do cuidado nas unidades de saúde tem como principais referências profissionais no acompanhamento ao longo do tempo da população tanto enfermeiros como Agentes Comunitários em Saúde (ACS)¹⁸, o que, em alguma medida, corrobora o interesse destacado destas duas áreas em relação ao tema. A partir das dimensões estabelecidas por Cunha e Giovanella¹⁰, os dados dos artigos foram sistematizados conforme as atividades e características do trabalho (Quadro 2) e as limitações das atividades (Quadro 3).

Quadro 2 – Distribuição das atividades/características do trabalho voltadas ao desenvolvimento da longitudinalidade identificadas nos estudos segundo suas dimensões.

ATIVIDADES/CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA ESF	
Dimensão: Fonte Regular de Cuidados	Nº de menções nos artigos
Visita domiciliar feita pelo ACS	5
Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar	4
Adscrição da clientela e estabelecimento de território definido	2
Serviço de portas abertas e sensível às necessidades do paciente	2
Ampliação do cardápio de ofertas de serviços na UBS	2
Busca ativa de usuários	2
Planejamento dos serviços nas práticas de saúde	1
Acesso à unidade	1
TOTAL	19
Dimensão: Relação Interpessoal	Nº de menções nos artigos
Tecnologias relacionais	6
Grupos de educação em saúde	4
Assistência integral	3
Apoio ao cuidador familiar	1
TOTAL	14
Dimensão: Continuidade Informacional	Nº de menções nos artigos
Planilhas de acompanhamento dos usuários	1
TOTAL	1

Fonte: Autores.

A fonte regular de cuidados foi a dimensão mais abordada em relação às atividades/características do trabalho. O que pode estar relacionado à proposta da ESF em promover uma relação mais estreita entre profissionais e usuários¹⁸, assim, o predomínio de

atividades que favorecem esta relação, a exemplo da visita domiciliar, facilitam o reconhecimento da unidade básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde¹⁰.

Conforme demonstrado no Quadro 2, a visita domiciliar (VD) feita pelos ACS foi a atividade mais citada em relação a esta dimensão. É possível que, por ser uma atividade há muito tempo desenvolvida pelos ACS, seja a mais estabelecida no cotidiano das equipes. A visita domiciliar, que começou em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é referida como uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário¹⁵, que redireciona o foco do atendimento à família e não mais ao indivíduo apenas, visto que a ESF propõe a noção de cobertura por família²⁰.

Os estudos são unânimes em apontar os ACSs como os profissionais que mais conhecem a realidade da população¹⁸, pois são eles que concentram as atividades desenvolvidas junto ao usuário ou sua família¹⁹. Isto porque, anteriormente, a composição da equipe mínima para Saúde da Família, definida pelo Ministério da Saúde, recomendava 4 ACS para 1 médico, 1 enfermeiro, 1 ou 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD)²¹. Todavia, com a última versão da PNAB, o número de ACS fica a critério da gestão municipal, não sendo mais obrigatório o quantitativo de quatro ACS⁹.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel crucial no SUS, contribuindo para a ampliação do acesso e aprimoramento da qualidade na APS. Essa contribuição era reconhecida nas PNAB 2006 e 2011, as quais promoviam uma cobertura universal. No entanto, tal consideração foi negligenciada na PNAB 2017, sendo apontada como uma ameaça ao vínculo dos profissionais com a comunidade. Isso acarreta consequências adversas para o cuidado integral e compromete o progresso na construção de um novo modelo de atenção, destacando a Unidade de Saúde da Família como a principal fonte de cuidados à população^{22,23}.

Além disso, os artigos revelam a importância dessa prática por ser um espaço que potencializa a formação do vínculo devido ao contato próximo que estabelece com os usuários e o contexto social em que estão^{15,17}. Assim, através de uma assistência contínua, a VD garante uma fonte regular de cuidado, pois promove a adesão e o reconhecimento pelas pessoas da unidade enquanto um local a ser procurado¹⁶.

Depois da VD, o trabalho em equipe foi uma das características mais identificadas, configurando-se como componente de destaque na ESF, que propõe a reorganização do processo de trabalho a partir da problematização com o modelo que centraliza os serviços de

saúde na figura médica²⁴. Nesse sentido, os estudos ratificam este achado ao apresentar o trabalho em equipe multiprofissional como um arranjo organizacional fundamental no processo de cuidar em saúde¹⁵ e no estabelecimento de uma assistência com maior integralidade, eficiência e resolutividade, que recebe a contribuição das reuniões de caso entre a equipe¹⁷.

Outro ponto muito importante trazido por um dos artigos diz respeito à articulação da equipe de saúde da família (eSF) com o NASF-AB (Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). O NASF-AB ampliou as categorias profissionais presentes na unidade ao incluir, por exemplo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Desse modo, essa equipe de apoio busca evitar o encaminhamento desnecessário dos usuários a outros serviços, fomentando a resolução dos problemas na própria unidade, de modo a possibilitar à população o reconhecimento da unidade como um local para se resolver diversos problemas de saúde, tornando-a uma fonte habitual de atenção¹⁶.

Algumas questões foram igualmente mencionadas em dois artigos, a saber: a busca ativa; a adscrição da clientela e estabelecimento de território definido; ser um serviço de portas abertas e sensível às necessidades do usuário; e a ampliação do cardápio de ofertas de serviços na unidade. A busca ativa é um princípio político das práticas no território e sua conduta é orientada para a identificação não apenas de agravos de notificação compulsória, mas também das necessidades de saúde de determinada comunidade²⁵.

Sobre esta prática, os estudos encontrados caracterizam a busca ativa como um fator importante para que a unidade não perca o contato com os usuários. Esse esforço em manter o vínculo e possibilitar o reconhecimento da USF como fonte regular de cuidado é feito quando o ACS verifica se o usuário que procurou o posto de saúde está cadastrado na unidade ou quando e por que falta a alguma atividade agendada junto à equipe. Os ACS fazem uma busca ativa de pessoas com patologias específicas, das situações, do que acontece na vida dos usuários e, com essas informações, ajudam a definir se uma família precisa receber mais visitas¹⁶. Em um dos estudos é apresentada uma experiência do programa hiperdia, que cita uma planilha de acompanhamento dos usuários com nome, o endereço, o número da família e o convívio com morbidades como uma estratégia que permite ao profissional da ESF confrontar o universo dos sujeitos cadastrados no programa com aqueles que realmente frequentam as consultas e os grupos de educação em saúde, de modo a facilitar a metodologia da busca ativa¹⁴.

No que diz respeito à adscrição da clientela e estabelecimento de um território definido, os artigos encontrados reforçam a ideia de que o trabalho na ESF está centralizado

em um território definido, compreendido como espaço geopolítico, demarcado pelo contexto sociocultural, econômico e político das famílias que ocupam esse espaço social. Espera-se, portanto, que as eSF possam conhecer o perfil demográfico, social, econômico e epidemiológico da população que está sob sua responsabilidade, nesse território¹⁹.

As eSF são responsáveis por realizar o acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada²⁶. Os estudos demonstram a relevância dessa atividade em prestar um cuidado contínuo à população, além de destacar o papel do agente comunitário, caracterizando-o como fundamental para o acompanhamento das famílias. Ademais, um dos artigos aponta a listagem de todas as gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos como meio facilitador de fazer uma cobertura efetiva no território¹⁶.

Com base nos estudos encontrados, percebe-se também que um serviço de portas abertas e sensível às necessidades do paciente favorece a longitudinalidade na medida em que atua de forma efetiva como primeiro contato. Com isso, promove-se a adesão a um novo modelo onde o primeiro contato não é necessariamente o médico e o atendimento não acontece por ordem de chegada, filas e senhas. Logo, deixar a porta do serviço aberta para quando o usuário precisar faz com que este o reconheça como fonte satisfatória e habitual de atenção às suas necessidades de saúde, à proporção que os serviços são resolutivos¹⁵.

Em relação à ampliação do cardápio de ofertas de serviços na unidade, os artigos interpretam essa prática como uma consequência do trabalho em equipe, visto que uma equipe multiprofissional integrada aumenta a diversidade do cardápio de ofertas de serviços, constantemente associados a ações preventivas e de promoção da saúde, fortalecendo o vínculo longitudinal e, mais especificamente, tornando a unidade uma fonte habitual de atenção¹⁵.

O planejamento dos serviços nas práticas de saúde e o acesso do território até a unidade foram menos identificados neste tópico, sugerindo possíveis dificuldades da ESF em relação a estas questões. Em relação a esse acesso, por exemplo, sabe-se ser este um dos principais desafios a serem enfrentados pela APS. A implantação da ESF no Brasil promoveu a expansão da cobertura dos serviços de saúde, mas, apesar dos avanços obtidos, a dificuldade de acesso a esses serviços ainda é algo presente²⁷.

No entanto, ainda que de forma incipiente, a questão do acesso foi considerada ponto positivo para que a unidade se configure como uma fonte regular de atenção à população. Isso porque favorece a longitudinalidade, pois quanto mais próximo o usuário está da USF, mais fácil e imediata será a prestação dessa assistência, evidenciando a importância da localização

geográfica adequada da unidade na área adscrita. Logo, a ESF deve alocar suas equipes de modo a estarem mais próximas do local de moradia dos usuários¹⁷.

Já em relação ao planejamento, Kawata et al.²⁸ afirmam que muitas equipes de saúde da família atuam de forma divergente às características centrais da ESF preconizadas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, pois raramente planejam suas ações em conjunto com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, e quando planejam, é de forma centralizada e pouco participativa. Ainda assim, o fato de o planejamento das ações ser visto como favorável à dimensão fonte regular de cuidado pode ser justificado por esta prática se constituir como um instrumento que permite acompanhar o cotidiano da produção de saúde a fim de que as demandas espontâneas da comunidade não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente²⁹.

Na dimensão relação interpessoal, as tecnologias relacionais foram as mais presentes, sendo mencionadas nos artigos através do acolhimento, comunicação aberta e eficaz, empatia entre profissionais e usuários, atenção redobrada, laços de confiança fortalecidos e construção de vínculo para existência de relação duradoura. Essas tecnologias podem favorecer o desenvolvimento de competência interpessoal³⁰ e, de acordo com os próprios artigos, a utilização delas no processo de trabalho demonstrou fortalecer a relação interpessoal nos espaços terapêuticos, considerada como potente produtor de vínculo e confiança na produção de cuidado¹⁵.

Nesse sentido, os artigos convergem no entendimento de que as práticas de saúde são processos intersubjetivos e que, por isso, o componente das relações interpessoais promove vínculos duradouros¹⁶. Com isso, a permanência por vários anos de um profissional na mesma unidade de saúde e o acompanhamento dos diversos problemas de saúde de um usuário pela mesma equipe de saúde são ações que contribuem para a criação desse vínculo, para o sentimento de integração da população à equipe e, conseqüentemente, para uma boa relação entre profissional e usuário a fim de gerar melhorias da qualidade das ações e de resultados na saúde da população¹⁸.

Depois das tecnologias relacionais, os grupos de educação em saúde e a assistência integral foram as questões mais citadas, visto que se traduzem no estabelecimento das relações entre os profissionais da ESF e as famílias, proporcionado pelo próprio modelo assistencial da ESF que permite o acompanhamento do indivíduo e de sua família de forma muito próxima¹⁸. Sendo assim, essas atividades conseguem fortalecer a longitudinalidade ao gerar nos usuários a aceitação para o acompanhamento ao longo do tempo por parte da unidade¹⁷.

Em relação aos grupos de educação em saúde, temos que, na ESF, há uma valorização de práticas grupais, que representam uma estratégia de aprendizado, mas também de formação de vínculo entre profissional e usuário. Desse modo, a longitudinalidade não está apenas no acompanhamento dos usuários e sua família, mas também acontece e traz benefícios no estabelecimento de uma relação duradoura com as pessoas por meio de grupos¹⁷.

Os estudos são unânimes em apresentar esta atividade como favorável às relações interpessoais duradouras que acontecem entre profissional-usuário, mas também entre os usuários, que podem trocar experiências e auxiliar uns aos outros na superação dos problemas¹⁷. Além disso, outro elemento trazido nos artigos refere-se à corresponsabilização do cuidado, pois ações coletivas de promoção da saúde contribuem na formação de vínculo e o vínculo influencia nas atitudes dos usuários, que passam a seguir as orientações dos profissionais e desenvolver corresponsabilização pela própria saúde⁶.

Esse fato reforça o que está previsto na literatura, que apresenta uma ESF focada na criação de vínculos e formação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários, bem como revela que a longitudinalidade também é constituída nesses aspectos, evidenciando que os princípios da ESF viabilizam a ocorrência do cuidado ao longo do tempo¹⁷.

Outra questão identificada nos estudos é a assistência integral, que está associada aos conceitos de clínica ampliada e abordagem multidisciplinar na assistência, o que aumenta as ações ofertadas pela equipe, em um escopo ampliado de práticas, e também colaboram para avanços na vinculação do usuário¹⁵. Os artigos também referem como assistência integral o acompanhamento do indivíduo no decorrer de seu ciclo de vida e, para além do indivíduo, a família também deve ser considerada, visto que, por meio da compreensão do contexto familiar do indivíduo e da realidade que está inserido, é possível identificar grande parte de seus problemas¹⁸. Contudo, é preciso confrontar a noção de integralidade como o somatório de diferentes saberes dos campos profissionais para as demandas específicas dos usuários, de modo que a integração de práticas interprofissionais busque superar a fragmentação, incorporando ações intersetoriais de modo a alcançar as necessidades sociais em saúde³¹.

Também foi citada como atividade que favorece a relação interpessoal o apoio ao cuidador familiar, sendo esta uma demanda que surge no território nas diferentes etapas de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos dos usuários. Este apoio se manifesta de diversas formas, quais sejam: apoio emocional ligado ao afeto, empatia, respeito e amor; apoio de reforço, realizado através da demonstração de reconhecimento ao cuidador e/ou familiar; apoio informativo relacionado a informações, conselhos, opiniões,

ensinamentos; e apoio instrumental que disponibiliza recursos, bens e serviços. Neste contexto, o apoio mais frequente prestado pelos trabalhadores é o emocional e, para tal, é necessário o uso de tecnologias relacionais¹⁹. A literatura aponta o cuidador familiar como um dos alvos de preocupação para a equipe da ESF e, por isso, é importante que os serviços e os profissionais de saúde estejam preparados para atender às famílias e aos seus cuidadores³².

Acerca da dimensão continuidade informacional, verificou-se ser a menos presente nos artigos, o que sugere ser uma dimensão pouco frequente no cotidiano das práticas, no que diz respeito à obtenção de informações necessárias sobre a vida dos usuários em geral, tendo como resultado a baixa qualidade dos registros em saúde, o seu manuseio e a não disponibilização em seu rol de atividades¹⁰.

Neste caso, houve apenas menção a uma ação, a planilha de acompanhamento dos usuários, estratégia levantada por um estudo e elaborada com o propósito de identificar indivíduos com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e/ou DM (Diabetes Mellitus) e criar indicadores para embasar as ações de saúde. Essa ferramenta permitiu monitorar a situação de saúde em cada microárea, ao considerar a dinamicidade dos sujeitos, as relações flexíveis no contexto familiar e o movimento migratório das famílias que podem modificar as condições epidemiológicas de cada território. Entre as informações contidas na planilha, estavam o nome, o endereço, o número da família e a relação com tais condições de saúde¹⁴.

Orienta-se que esse instrumento deveria ser preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde, quando das visitas domiciliares, constituindo-se como uma ferramenta em constante atualização e de uso compartilhado com os profissionais da eSF, porém ressalta-se que as baixas condições de disponibilidade e uso de tecnologias informatizadas podem contribuir para desestimular esta prática entre profissionais¹⁴, o que pode ter relação com a baixa presença desta categoria nos estudos.

Quadro 3 – Distribuição das limitações relacionadas ao desenvolvimento da longitudinalidade relatadas nos estudos segundo suas dimensões.

LIMITAÇÕES	
Dimensão: Fonte Regular de Cuidados	Nº de menções nos artigos
Burocratização do acesso	1
Pulverização de tarefas	1
Falta de medicamentos	1
Médico não integrado à equipe, atuando conforme modelo tradicional	1
Ausência de contrarreferência dos usuários	1
TOTAL	5
Dimensão: Relação Interpessoal	Nº de menções nos artigos
Construção de vínculo fragilizado devido à baixa interação entre NASF-AB e eSF	1
TOTAL	1
Dimensão: Continuidade Informacional	Nº de menções nos artigos
Falta de recursos orçamentários para implementação de novas formas de registro das informações dos usuários	1
Falha no registro de prontuário	1
TOTAL	2

Fonte: Autores

Conforme o Quadro 3, as limitações concentraram-se na dimensão fonte regular de cuidados, o que demonstra que, mesmo com a existência de muitos elementos potencializadores, a burocratização do acesso, a pulverização das tarefas, a falta de medicamentos, um acompanhamento não sistematizado, a falta de interconexão entre serviços e a não integração do médico à equipe dificultam a afirmação da ESF como fonte regular de cuidado.

De acordo com Santos et al.¹⁵, o excesso de demandas do serviço e a falta de tempo para realizar reuniões de equipe, discussão de casos e atividades de planejamento geram uma burocratização do acesso ao serviço de saúde e a pulverização de outras tarefas agregadas ao trabalho que impedem o usuário, os trabalhadores e os gerentes do sistema de saúde de visualizarem potencialidades assistenciais instaladas dentro do ambiente de cuidado.

Especificamente, a falta de medicamentos enfraquece a unidade no propósito de ser fonte habitual de atenção por fomentar conflitos e descrenças da população em relação aos profissionais, que têm que encaminhar a população para outros serviços¹⁶. Trata-se, portanto, de um elemento ligado à precarização da APS.

Um dos estudos aponta o médico como o profissional menos integrado à equipe, atuando em um modelo tradicional, por meio de consultas na unidade de saúde, realizando ações junto à comunidade apenas em visitas domiciliares no atendimento aos casos mais

graves¹⁸. Esta questão pode ser justificada pela hegemonia do modelo biomédico que propõe a esses profissionais uma organização fragmentada de trabalho, dificultando uma assistência integral. Desse modo, os usuários podem não reconhecer a unidade enquanto fonte habitual de atenção, pois esta assistência centrada em condutas médicas não colabora para a constituição de vínculos³³.

Outro artigo revela que existe a desarticulação da rede de serviços devido à ausência da contrarreferência dos usuários com câncer na ESF, pois há desconhecimento por parte dos trabalhadores de que a contrarreferência se faz presente¹⁹. Os conceitos de referência e contrarreferência pressupõem a organização dos serviços de saúde em redes sustentadas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos. Dessa forma, o sistema em rede deve fomentar e assegurar vínculos nas dimensões intraequipes, interequipes/serviços, entre profissionais da saúde e gestores, e entre usuários e serviços/equipes³⁴.

Quanto à continuidade informacional, encontramos duas limitações: a falta de recursos orçamentários para implementação de novas formas de registro das informações dos usuários e a falha no registro de prontuário. Ao apontar o primeiro ponto, Do Vale et al.¹⁴ referiam-se à falta de verba associada à implementação do cartão de acompanhamento do Hiperdia, estratégia que poderia ser aplicada de modo a favorecer a continuidade informacional.

Este cartão emerge como uma estratégia para solidificar a longitudinalidade e a integralidade do cuidado aos sujeitos com HAS e/ou DM, porque é um instrumento que possibilita o registro abrangente de informações sobre aspectos clínicos, laboratoriais e sociodemográficos dos sujeitos, como idade, sexo, ocupação, número de filhos, estado civil e hábitos de vida. Esses dados permitem conhecer alguns dos determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento, visando entender a singularidade dos sujeitos e fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, com o objetivo de promover autonomia e aprimorar a qualidade de vida. O cartão também inclui o registro de informações acerca do histórico de saúde, o desenvolvimento de comorbidades e o acompanhamento do processo saúde-doença¹⁴.

Já sobre a falha no registro de prontuário, o estudo que o menciona sugere que há uma dificuldade dos profissionais em reconhecer o registro nos prontuários como ação estratégica para avaliação e continuidade do cuidado ao longo do tempo. As informações tendem a se restringir a dados vitais e avaliações clínicas direcionadas à queixa apresentada pelas pessoas, fazendo um recorte da situação no dia específico em que o usuário buscou atendimento. Além

disso, algumas eSF ainda fazem uso de prontuários individuais, em detrimento dos prontuários familiares, dificultando o olhar sobre o sujeito no contexto de sua família¹⁶.

Ter a continuidade informacional como base nas unidades favorece o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde, orientando a conduta e avaliação do profissional¹⁰. Sem isso, a relação terapêutica estabelecida entre usuários e profissionais da equipe de APS é fragilizada, pois prejudica qualquer vínculo que venha a ser estabelecido, já que não há segurança nas informações requeridas, tais como histórico de queixas bem como de diagnósticos e condutas realizadas em consultas anteriores, e até mesmo informações que permitam entender o contexto sociocultural e os determinantes do processo saúde-doença. Essas informações, muitas vezes, são conseguidas em reuniões e conversas com a equipe, mas que, se limitando ao uso da fala e da memória sem o apoio da escrita, não terá o registro e armazenamento de dados necessários, prejudicando o acesso aos mesmos¹⁶.

Na dimensão relação interpessoal, encontramos como limitação a construção fragilizada de vínculo devido à baixa interação entre NASF-AB e eSF. Este achado sugere que há grandes esforços por parte da ESF em criar vínculos com os usuários a fim de se estabelecer uma relação duradoura. No entanto, Moreira et al.⁶ apontaram dificuldades da equipe NASF-AB em garantir a continuidade do cuidado na realidade estudada, mesmo diante de casos complexos e desafiadores, pois a lógica do trabalho estava baseada no encaminhamento para outros pontos da rede de atenção.

Essa atitude tende a distanciar profissionais e usuários ao direcioná-los compulsoriamente a outros serviços. Ademais, ao restringir os atendimentos clínicos a avaliações e encaminhamentos para outros serviços, os profissionais dos Núcleos estudados inibem a potência do próprio trabalho e limitam as contribuições para a APS integral. Nesse sentido, um cuidado continuado por parte do NASF traria mais potência para APS em virtude desses profissionais conhecerem os problemas sociais e de saúde dos territórios⁶, contribuindo para o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado na ESF.

Considerações finais

O presente estudo sistematizou, a partir da revisão do conjunto de artigos, diversas atividades/características do cotidiano do trabalho das eSF que contribuem para a afirmação do atributo da longitudinalidade do cuidado no âmbito da ESF, evidenciando as contribuições deste modelo de atenção para a construção efetiva de uma perspectiva abrangente de APS.

Neste particular, destacam-se a visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde e o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na afirmação da dimensão fonte

regular de cuidados; e os grupos de educação em saúde, as tecnologias relacionais, a construção de vínculo e a assistência integral na dimensão relação interpessoal.

Em contrapartida, algumas limitações, especialmente relacionadas à dimensão fonte regular de cuidados, dificultam este processo, a exemplo da burocratização do acesso, a falta de medicamentos e o profissional médico não integrado à equipe, questões que podem ser enfrentadas em processos de qualificação profissional, mas também de investimento político no enfrentamento da precarização da APS.

É importante considerar que, embora os atributos da APS devam estar integrados entre si, olhar especificamente para a longitudinalidade, a partir das dimensões propostas por Cunha e Giovanella¹⁰, mostrou-se como algo oportuno para a identificação e análise de potencialidades e contradições específicas do processo de trabalho na ESF, permitindo a desnaturalização das atividades dos profissionais, ou seja, não interpretá-las como mera rotina laboral, mas sim construir uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde com vistas a mudanças.

Por fim, com esta revisão da literatura, percebeu-se que há uma escassez de artigos empíricos publicados no Brasil que abordam, em profundidade, este objeto. Nesse sentido, novos estudos que assumam a longitudinalidade como tema central para investigar as práticas de saúde realizadas pelas eSF podem subsidiar estratégias para fortalecer a ESF e, conseqüentemente, a APS, analisando criticamente, revisitando propostas e inovando no campo da saúde.

Referências

1. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc* 2011; 20(4):867-874.
2. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. 2ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde—CONASS; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf/view>.
4. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42:18-37.
5. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Cienc Saude Colet* 2020; 25(4):1475–1482.
6. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saude Publica* 2021; 36:e00031420.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, MS; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 Set.
10. Giovanella L, Machado E. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):1029-1042.
11. Frank B, Viera C, Ross C, Obregón P, Toso B. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate* 2015; 39:400-410.
12. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, Soares RSA, Trindade LL. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2019; 32:186-193.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (Sao Paulo)* 2010; 8:102-106.
14. Vale PRLF, Prata DRA, Cordeiro MB, Araújo CO, Leite RV, Goés ÂCF. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. *Rev. APS* 2019; 22(2).

15. Santos RM; Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis* 2018; 28:e280206.
16. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saude Colet* 2014; 22(1):62-68.
17. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46:1260-1267.
18. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2011; 15(4):802-810.
19. Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18:856-863.
20. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2017; 22(64): 77-86.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, Caderno 1: A implantação da unidade de saúde da família*; 2000.
22. Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42:11-24.
23. Fonseca A, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS em Revista* 2021; 3(3):210-223.
24. Guimarães BEB, Branco ABDAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev Psicol Saude* 2020; 12(1):143-155.
25. Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estud e Pesqui em Psicol* 2010; 10(1):281-295.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*; 1997.
27. Chávez GM, Viegas SMDF, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2020; 24:e20190331.
28. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18:313-320.
29. Silva BFS, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Benito GAV. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). *Saude Debate* 2015; 39:183-196.
30. Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2017; 70(5):981-987.

31. Nascimento LC, Souza FR, Arce VA. Concepções e Práticas De Integralidade em Saúde no Núcleo de Apoio à Saúde Da Família. *Rev Baiana Saude Pública* 2018; 42:26-40.
32. Biolo HF, Portella M. Vivência do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passo Fundo–RS. *Estud Interdiscip Envelhec* 2010; 15(2).
33. Terra LSV, Campos GWDS. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trab Educ Saude* 2019; 17:e0019124.
34. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* 2016; 21(1).