



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

EFETIVIDADE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ONCOLOGIA¹

**Pâmella Pluta², Gustavo Afonso Gosenheimer³, Marli Maria Loro⁴, Adriane
Cristina Bernat Kolankiewicz⁵**

¹ Pesquisa desenvolvida no Departamento de Ciências da Saúde, pertencente ao Grupo de Pesquisa Cuidado, Gestão e Educação em Enfermagem em Saúde, no projeto Demandas de Cuidado de Pacientes Oncológicos em Tratamento: Proposta de Intervenção Pela Convergência da Pesquisa e Prática Educativa.

² Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). E-mail: pluta.pamella@bol.com.br

³ Enfermeiro, Residente em Saúde da Família e Comunidade-UFFS. E-mail: gustavo.gosenheimer@gmail.com

⁴ Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Curso de Enfermagem da UNIJUÍ. E-mail: marlil@unijui.edu.br

⁵ Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Curso de Enfermagem e do PPGAIS da UNIJUÍ. E-mail: adriane.bernat@unijui.edu.br

RESUMO

Introdução: O câncer vem tendo um aumento em sua incidência o que acaba exigindo um olhar diferenciado, que promova o cuidado integral e contínuo. A APS, orientada pela longitudinalidade, coordena o cuidado e as ações de saúde, tendo como objetivo uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, estabelecendo vínculos entre usuários e profissionais. **Objetivo:** Identificar na perspectiva de profissionais da saúde, os fatores que facilitam e dificultam a efetividade do atributo longitudinalidade na APS. **Resultados:** Evidenciou-se nos discursos dos sujeitos, fatores que facilitam os atributos longitudinalidade, destaca-se o vínculo, as visitas domiciliares e prontuários eletrônicos, no que dificultam prevaleceu o modelo biomédico, a rotatividade dos profissionais e qualidade dos registros. **Conclusões:** As oficinas educativas permitiram a identificação de problemas cotidianos, propiciando avanços nas formas de assistência e coordenação dos serviços, foi identificado que ainda há dificuldades no atributo longitudinalidade, porém existem potencializadores que fortalecem o atributo.

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo, sendo que o câncer representa 21% destes. No Brasil, estima-se para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer. Sendo que os mais prevalentes são os de pele não melanoma (170mil) em ambos os sexo, nos homens os mais prevalentes são os de próstata (68 mil) pulmão (18 mil) e câncer de cólon e reto (17 mil), nas mulheres o câncer de mama (60 mil), de pulmão (12mil), cólon e reto (18 mil) e colo de útero



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

(16mil) são os que mais se destacam (INCA, 2018).

O processo de adoecimento pelo câncer é complexo e exige uma multiplicidade de recursos materiais, humanos, físicos, atualizações tecnológicas, além de uma estreita relação entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção em oncologia, para que a assistência seja, de fato, integral e qualificada (Domenico, 2016).

Nessa perspectiva, a estreita relação entre os níveis de atenção assume importância para que os atendimentos das demandas dos pacientes não fiquem na dependência do ambiente hospitalar. Considerando o número crescente de pacientes oncológicos é importante uma linha de cuidado sólida, por meio da troca de experiências entre profissionais dos diferentes níveis de atenção (hospital e atenção básica), garantindo a prestação de um cuidado integral (SILVA, et al., 2018).

Nesse sentido, as equipes das Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham com vistas a reconhecer o território delimitado e sua população adscrita, com possibilidade de mapear suas áreas e situações de risco e definir prioridades relacionadas aos problemas de saúde das famílias (TETEMAN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

As doenças crônicas, entre elas o câncer, exigem um olhar diferenciado, que promova o cuidado contínuo e que dê conta de identificar e resolver as alterações provocadas pela doença (MACHADO et al., 2018). Embora se estabeleça que a atenção básica seja a porta de entrada para os usuários, Silva (2016), reforça que no atendimento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em alguns serviços, as ações elementares de acompanhamento e controle desse segmento populacional não são efetivas.

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) é conduzida por (meio de) quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além destes, existem dois atributos derivados: a orientação familiar e orientação comunitária. Diante disso, a ESF surge como uma proposta de reorganizar a APS que coordena o cuidado e as ações de saúde por meio de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) integrada e qualificada para garantir continuidade ao longo do tempo aos usuários na perspectiva da longitudinalidade e coordenação, uma vez que lacunas no sistemas de referência e contra-referência e ineficiência de comunicação entre os serviços e profissionais da RAS constituem-se como grandes limitações para a continuidade do cuidado (NOBREGA, 2017).

Dentre os atributos a longitudinalidade compreende a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deve ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde. É uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. (STARFIELD, 2002).

Entretanto o atributo longitudinalidade é complexo de ser operacionalizado, pois, percebe-se que é difícil manter a continuidade e qualidade da relação profissional-paciente. Dificuldades são encontradas no que diz respeito a fatores de organização do serviço - tempo de atuação e fixação do profissional na equipe, visita domiciliar e à busca ativa dos profissionais no caso de abandono



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

de tratamento, estes quesitos resultando em acessibilidade ao profissional e assim a continuidade do cuidado (LIMA, 2018).

A partir disso teceu-se a questão norteadora: quais aspectos que facilitam e dificultam a efetividade do atributo longitudinalidade, na perspectiva de equipes de saúde da família? Tendo assim como objetivo identificar os fatores promotores e limitantes, na perspectiva dos profissionais de equipes de ESF, do atributo longitudinalidade.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, cujo desenho pautou-se na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA é mais utilizada em pesquisas na área da saúde, especialmente na enfermagem, pois possibilita a produção de novos conhecimentos e a reconstrução de práticas em saúde (BONETTI, SILVA, TRENTINI, 2013).

O desenho da pesquisa compreendeu 2 etapas, interligadas e consecutivas:

Na 1ª etapa participaram pacientes em tratamento oncológico, médicos e enfermeiros de ESF de um município do sul do Brasil, onde estabeleceu-se um diagnóstico por meio da aplicação do questionário validado para uso na população brasileira, intitulado Avaliação da Atenção Primária PCATool - Brasil versão Adulto e Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool - Brasil versão profissionais (HARZHEIM et al. 2013; HAUSER et al. 2013). Os escores são calculados para cada atributo, sendo considerado satisfatório quando obtiver a média igual ou superior a 6,6 (BRASIL, 2010).

Os resultados desta etapa foram analisados e foi efetivada a etapa 2. Estudo qualitativo, pautada no referencial teórico metodológico da PCA proposta por Trentini e Paim (2004). A partir desse diagnóstico foi possível analisar resultados e propor uma ação educativa a partir dos dados de pesquisa e optou-se como método a PCA, uma vez que ela prevê uma articulação intencional com ações que envolvem o pesquisador e sujeitos da pesquisa numa perspectiva de cooperação mútua.

Neste sentido esta metodologia prevê a participação ativa dos envolvidos no processo, tem por característica desencadear uma articulação intencional com a prática efetivada. Nessa perspectiva, identificar como é efetivado o fazer da equipe de saúde cotidiana na atenção à saúde. A partir dos resultados da etapa 1, o acadêmico, juntamente com docentes e bolsistas do grupo de pesquisa planejaram e efetivaram uma oficina com todos os profissionais de saúde de uma ESF.

Todo o planejamento das oficinas visou a organização do ambiente a fim de torna-lo acolhedor e proporcionar as pessoas um contato maior consigo mesmas e com seus colegas com vistas a fomentar uma reflexão acerca dos resultados da primeira etapa, nos momentos que antecederiam a oficina era apresentado um dinâmica pelos bolsistas do projeto que proporcionava aos profissionais uma reflexão sobre o significado do cuidado.

Inicialmente foi realizada uma dinâmica do cuidado que permitiu “quebrar o gelo” naquele



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

momento, esta dinâmica consistiu em fazer os participantes refletirem sobre o que é o cuidado, em uma palavra deveriam representar o que significava para eles o cuidado, o que incluiu a subjetividade do participante em um processo reflexivo, após isso, ocorreu a exposição dos resultados da primeira etapa, que proporcionou participação ativa dos participantes, estimulou a reflexão e socialização a partir dos resultados, no final da oficina foi realizada a dinâmica de encerramento onde os profissionais refletiam sobre o trabalho em equipe a fim de gerar transformações diante de sua cotidianidade.

Esta oficina integrou a interlocução com a vivência, a experiência, a cotidianidade, bem como a compreensão das estruturas e instituições como resultado de uma ação objetiva. Envolveu pesquisadores e participantes da pesquisa os quais assumiram condição de aprofundamento da relação intersubjetiva, que permitiu compreender uma realidade posta.

Foram convidados a participar das oficinas todos os trabalhadores das ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, odontólogos e agentes comunitários de saúde), os quais estão adscritos à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram excluídos os trabalhadores, que no período de realização das oficinas, estavam em licença saúde e férias.

As oficinas foram desenvolvidas nas ESF, mais especificamente na sala de reuniões em dia e turnos definidos pelas equipes de saúde e tiveram duração de 45min a 01 hora e 30 minutos. Participaram os profissionais das cinco ESF, dentre eles 5 enfermeiros (ENF), 5 médicos (MÉD) 10 técnicos de enfermagem (TEC.ENF), 30 agentes comunitários de saúde (ACS), 5 nutricionistas (NUT), 2 dentistas (DEN), 2 auxiliares de dentista (AUX.DEN) e 3 higienizadores (HIG). As atividades foram realizadas nos meses de dezembro de 2016 a agosto de 2017, sendo que, as escolhas da ESF, deu-se de modo aleatório. Com vistas a garantir o anonimato foi utilizado abreviaturas das categorias. As oficinas foram gravadas em áudio tape e, posteriormente transcritas na íntegra pelos bolsistas do projeto.

Inicialmente foram apresentados os principais resultados do diagnóstico por meio de uma apresentação expositiva e esses resultados serviram de balizadores para as discussões em campo, conforme prevê o método PCA de Trentini e Paim (2004). Na PCA os processos de assistência, coleta e análise de informações ocorrem simultaneamente, com vistas à reflexão acerca dos mesmos. Assim, a análise das informações proposta no referido método está balizada em quatro processos definidos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização (TRENTINI, PAIM, 2004).

Para tanto, na análise e interpretação dos achados inclui a transcrição dos mesmos para que seja possível a categorização por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Ela ocorreu ciclicamente com a produção das informações, a partir do recorte e escolha de conteúdos vinculados a intencionalidade de cada fase metodológica da PCA. O processo de análise inferencial e de categorização respaldou-se nas construções teóricas e conceituais que norteiam os princípios do SUS e dos documentos que sustentam a assistência qualificada, integrada e humanizada em oncologia.

Projeto aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob CAAE 03261712800005505, em atendimento aos pressupostos da Resolução 466/2012.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

RESULTADOS

Na avaliação do atributo longitudinalidade, a partir do PCATOOL, na percepção dos profissionais participantes da pesquisa, obteve-se média de (3,42) considerado insatisfatório e na perspectiva do paciente em tratamento oncológico obteve-se um resultado positivo, com média de (7,21), contrapondo a visão dos profissionais acerca do atributo.

A realidade percebida pelos pacientes oncológicos em relação a assistência recebida implicou em uma reflexão, com vistas a identificar fragilidades e potencialidades do cuidado em saúde. Para tanto elaboramos as seguintes categorias a partir da oficina educativa desenvolvida com os profissionais: Olhar sob a lente do paciente oncológico, Superação do modelo hegemônico, foco na rotatividade e continuidade informacional.

Olhar sob a lente do paciente oncológico

Construir e manter uma relação positiva e respeitosa entre os usuários e os profissionais, é um fator que facilita o vínculo entre eles, com a unidade de saúde, fato evidenciado nas falas dos entrevistados, além da relação mais próxima do ACS com as famílias como sendo o maior elo de ligação, entre a unidade e família.

[...] o ACS vai dentro da casa deles, então eles se sentem acolhidos pela equipe e vistos que conhecem a realidade vivida, sabem como que é a casa. (ENF1)

[...]tratar as pessoas pelo nome, também eles sentem que conhece a pessoa, tem vínculo. (NUT2)

[...] eles não mudam, a maioria não muda, ele sabe que o ACS conhece, as vezes ele não sabe se eu conheço ou não, mas como o ACS conhece ele já acha que todos conhecem, generaliza. (ENF1)

O grupo em interação reconhece e coloca os ACS como fundamentais para o acompanhamento dos usuários ao longo do tempo em seus territórios definidos. No entanto, demonstram que além de ACS, toda a equipe é responsável por acolher esse paciente e manter um vínculo com ele.

[...] o acolhimento pode ser por qualquer profissional, qualquer pessoa que está dentro da unidade de saúde, então isso também, a gente tem feito mais isso, como eu disse o perfil da unidade hoje é outro. (ENF2)

[...]eu como enfermeiro faço acolhimento da demanda espontânea, o primeiro contato, normalmente o paciente com câncer que vêm até aqui ou ele quando ele aparece do nada, que normalmente não é isso que acontece, é um paciente que já vem com um diagnóstico e vêm para o nosso território para fazer o tratamento(ENF2).

Superação do modelo hegemônico

A ESF têm como proposta e prioridades a promoção de saúde e prevenção da doença. Os participantes refletem acerca do fazer da equipe e concluem que em alguns momentos prevalece o



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

modelo biomédico hegemônico de atendimento centrado na doença e relatam mudanças em relação ao foco de suas ações na população:

[...] isso a gente está tentando evoluir bastante, para não ser só uma unidade que apenas trate, que apenas cure, tem essa questão do preventivo, do deixar ele falar, de ter tempo pra cuidar né, não só agenda. (ENF3)

[...] o acompanhamento efetivo, agora a gente tá como todo, uma equipe que trabalha pensando nessa questão de atenção da saúde da família. (ENF2)

Buscar entender os fatores que dificultam o cuidado ao paciente oncológico faz com que a equipe reflita acerca da assistência na RAS e com os níveis de maior complexidade:

[...] posso estar sendo injusto mas a visão dos colegas do CACON me parece ser aquela visão hospitalocêntrica em que a medicina é centrada na doença. Se o câncer responder bem ao tratamento é um sucesso e se não responder é um fracasso, então volta pra Unidade. Uma boa ESF facilmente tem uma construção de vínculo muito melhor que um CACON. Até porque ninguém quer tem vínculo com o CACON (MED1).

Apesar da mudança do modelo de atenção, alguns profissionais relatam a preferência dos usuários pelo modelo curativo em certos momentos, centrado no atendimento médico:

[...] É e na verdade né, existe a mudança do modelo de atenção mas a população ainda quer o curativo (NUT1).

[...] eles vão chegar aqui quando eles estão ruim e vão receber o atendimento do médico ou do enfermeiro que antigamente só queriam o médico, hoje é um pouco diferente, eles não conhecem como é que funciona a política de atenção básica, como é que é a nossa orientação do serviço, e eles querem determinados serviços que nem sempre a gente consegue oferecer, então o modelo de atenção é conflitante (ENF2).

Referente ao paciente oncológico e a continuidade do cuidado na ESF de referência, foi levantado aspectos dificultadores pelos profissionais, dentre estes, a falta de conhecimento por parte dos pacientes e do serviço de alta complexidade em reconhecer a unidade de saúde como sendo a referência na continuidade do seu cuidado:

[...] Um paciente me disse que foi na primeira consulta do CACON e agora não tem nada mais ver com a UBS, pelo jeito eles lá não sabem que a Unidade continua sendo a referência (MED1)

[...] Eu tinha pacientes de câncer, que foram diagnosticados aqui e não voltaram mais. Eles ficaram todo o tratamento deles lá, qualquer coisa que eles passassem mal era CACON (ACS2)

[...] Quando eles se tratam NA ALTA COMPLEXIDADE, eles pouco vêm pra nós, eles têm a referência deles, eles nem vêm aqui, eles tem cartão, eles tem a carta de entrada direta lá (TÉC.ENF1)

[...] às vezes descredita na nossa unidade por que, já conversei até por que, a gente, ele desenvolveu câncer enquanto ele estava em tratamento aqui e daí depois "lá é a cura, não aqui" então eu tenho essa percepção né, disso, não que



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

alguém chegou e me disse, mas eu percebo isso que eles desvinculam um pouco da gente porque eles desenvolveram uma doença grave enquanto eles acompanhavam aqui como se fosse a gente que não diagnosticou, ou a gente que não preveniu, né, na minha cabeça penso isso, quando vão pra lá, some.(ENF2).

Nas relatos acima, o grupo em interação refletem sobre a organização de saúde e a necessidade de articulação dos níveis de atenção. Este entrave entre ESF e alta complexidade na continuidade do cuidado ao paciente oncológico foi um fator com que contribuiu para o baixo escore do atributo longitudinalidade na perspectiva dos profissionais, na maneira em que os mesmos reconhecem que a unidade de saúde deva ser a referência destes pacientes.

Foco na Rotatividade

Ainda, os participantes aludiram como fator limitante que compromete a efetividade e a rotatividade dos profissionais conforme foi citado a seguir:

Eu acho que dos profissionais, principalmente médicos [...] o ideal é que não se tenha troca de profissionais. (ENF2)

[...] vinha uma enfermeira quando ela começava trabalhar, colocar as coisas em ordens, tiravam ela e vinha outra, entrava um médico quando ele começava se habituar, a conhecer os paciente, se inteirava das famílias, saia aquele e entrava outro, ai começava tudo de novo. [...] dificulta bastante o trabalho em equipe. (ACS1)

[...]a gente não conseguia se inteirar tanto em equipe, como com os pacientes, quando os pacientes de repente estavam ganhando confiança de se abrir, de conversar com o médico, com a enfermeira trocava de novo. (ACS1)

[...]Eu acho que rotatividade, dos profissionais, principalmente médicos, ainda tem, porque concurso quase não tem, tem mais é contrato. (NUT2)

Nesse sentido, o grupo refletiu e considerou que a interação entre os profissionais é importante para a efetivação do cuidado, confiança, proporcionando mudanças na prática assistencial, e que a rotatividade prejudica tanto o vínculo com a equipe quanto o vínculo profissional-paciente. Fatores que refletem na percepção do usuário em relação a atenção em saúde recebida.

Continuidade informacional

No que se refere aos aspectos que dificultam a continuidade da atenção, de acordo com o diálogo entre profissionais, a qualidade do registra é falha:

[...]as vezes abreviações e termos técnicos que as vezes não é de domínio de outros profissionais. (NUT1)

[..]mas se tem uma qualidade no registro, no prontuário, tem condições de saber o histórico de vida do paciente. (NUT2)

A qualidade dos registros de saúde favorece o acúmulo de conhecimento sobre os diversos pacientes pela equipe de saúde, beneficia condutas terapêuticas e reconhece seu histórico de



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

saúde. É possível perceber que os profissionais reconhecem o registro como uma ação estratégica para a continuidade do cuidado ao longo do tempo e que a falta de qualidade destes reflete na assistência aos usuários:

[...]e mesmo de registro por que tanto o manual quanto eletrônico se o profissional não registra fica difícil (ENF2)

[...]eu acho que talvez seria isso, que a avaliação insatisfatória seja pelos registros (NUT3).

[...]Do meu ponto de vista a questão é muito mais do que caligrafia, é o registro (NUT3).

[...]mesmo que quando era com o prontuário manual dependia muito do profissional querer fazer (ENF2).

O fato dos profissionais discutirem a forma como o registro em prontuário é realizado, bem como a qualidade nos mesmos, demonstra o reconhecimento destes frente a uma prática que pode potencializar o vínculo longitudinal das equipes com as famílias.

Em contrapartida, a implantação do prontuário eletrônico nas unidades de saúde foi vista de forma positiva e como um aspecto facilitador na assistência longitudinal aos usuários:

[...]o prontuário eletrônico ajuda mais, tem o histórico do usuário, você tem acesso as informações de forma mais ágil. [...]acho que facilita muito. (NUT2)

[...] o prontuário manual dependia muito do profissional querer fazer e agora o prontuário eletrônico ele no mínimo exige que você coloque alguns temas que são obrigatórios no atendimento, eu acho que isso facilita muito. (ENF1)

DISCUSSÃO

A longitudinalidade é um atributo com característica central e exclusiva da APS, que engloba benefícios relacionados ao acompanhamento dos usuários em todos os ciclos de vida, avaliação das necessidades de saúde, e compreensão quanto aos encaminhamentos, redução de internações hospitalares, satisfação e confiança dos usuários (PAULA, 2016).

Neste estudo, pode-se perceber que o grupo reconhece os ACS como profissionais que acompanham os usuários efetivamente ao longo do tempo em seus territórios definidos, pois estes normalmente não mudam com frequência tendo assim um vínculo maior. As atitudes e os diálogos para o cuidado e a promoção da saúde no território da ESF proporcionam o estabelecimento de vínculos entre usuários e ACS, isto, ajuda na aproximação, responsabilização e apoio terapêutico o que demonstra potentes e resolutivas trajetórias para os enfrentamentos cotidianos da ESF e integralidade assistencial (Pinto et al., 2017).

O vínculo entre a equipe de saúde e a população, entre o trabalhador e o usuário, pode ser fortalecido através do acolhimento, o qual é visto como um relevante dispositivo que favorece e proporciona cuidado integral e clínica diferenciada, devendo o usuário ser recepcionado pelo funcionário mais próximo (Barros et al., 2018). O acolhimento, é considerado um mecanismo essencial no trabalho da ESF, independentemente do profissional que realiza, está diretamente



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

orientado pelos princípios do SUS, pode atender às demandas da sociedade e estabelece relação concreta de confiança, vínculo entre profissionais e usuários, além da conectividade com os outros serviços de saúde (LEITE, 2016).

Foi percebido um forte vínculo com as unidades em questão, sendo que o resultado foi acima da média (7,21), fato que demonstra que esses usuários reconhecem o serviço como uma fonte regular de cuidados e como referência no atendimento as suas necessidades de saúde. Porém em relação ao modelo de assistência foi relatado que os pacientes ainda preferem o modelo curativo, biomédico, apesar da busca dos profissionais por um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina sendo um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade (FERTONANI et al., 2015).

Segundo Starfield (2002), uma das principais dificuldades da resolutividade dos serviços prestados pela APS encontra-se na postura dos profissionais frente aos usuários dos serviços, muitas vezes direcionando as atividades assistenciais para a doença e não para a pessoa, ao número de atendimentos e não para a qualidade da atenção, impedindo a formação de vínculos e serviço integral.

Identificou-se como uma dificuldade para os profissionais que os paciente e serviço de alta complexidade reconhecesse a unidade de saúde como sendo a referência na continuidade do seu cuidado. A APS, em especial as ESF, se constituem em um cenário para o desenvolvimento de várias ações no controle das neoplasias, é a porta de entrada do usuário nos serviços de saúde e na continuidade do cuidado sendo um local privilegiado para as ações de promoção e prevenção (MORAES, 2016.)

A partir disso a atenção a estes pacientes fica fragilizada, uma vez que a equipe não reconhecendo estes usuários, ou muitas vezes reconhecendo tardiamente não consegue prestar um suporte necessário e nem realizar uma visita domiciliar. Evidenciada como ferramenta de cuidado aos usuários condicionados a doenças crônicas que propicia a aproximação do indivíduo e da família com a equipe (SOUZA, 2017).

Teston et al. (2018), afirma no seu estudo que a visita domiciliar é um potente instrumento no acompanhamento durante o tratamento do câncer pela ESF, por meio da visita domiciliar constitui uma estratégia que possibilita ao paciente compartilhar suas experiências e sentimentos nas diferentes etapas do itinerário terapêutico. Acredita-se que esse cuidado, quando exercido por equipe multiprofissional, poderá contribuir para amenizar os sentimentos negativos e sanar dúvidas relacionadas a todo o processo, o que faz os pacientes ter uma confiança maior nos profissionais.

O usuário com diagnóstico de câncer necessita de proximidade e empatia com a equipe, isto pode impactar em seu cotidiano e na qualidade de vida, além do uso da tecnologia leve, leve-dura, a manifestação de empatia e afetividade diante de seus problemas, reforçam a relação de vínculo e confiança com estes usuários e enfraquece a cultura dos usuários em procurar somente o atendimento médico (WAKIUCHI, 2016).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Foi destacado como dificuldade também a rotatividade do profissional o que impede a possibilidade de o paciente ser atendido pelo mesmo profissional o que aumentaria a responsabilização e a confiança do usuário com a equipe. Silva (2016), refere que para assegurar o vínculo e a confiança na relação entre profissionais e pacientes, é importante a estabilidade e a consistência dos profissionais durante o tratamento de doenças crônicas.

A estabilidade dos profissionais no serviço de saúde garante uma maior resolutividade no desfecho dos tratamentos, contribui para o vínculo com a população além de proporcionar uma maior satisfação em relação ao usuário frente ao serviço (FRANK, et al., 2015).

A rotatividade de profissionais da saúde nas ESFs implica na perda do vínculo, podendo comprometer a longitudinalidade do cuidado. Assim, é necessário promover a reflexão de gestores quanto ao tema, no intuito de favorecer essa permanência, minimizando os fatores de insatisfação profissional (TONELLI, 2018).

Sobre a troca de informações destacou-se a fragilidade na qualidade dos prontuários, onde muitas vezes era falha. Um estudo demonstrou que a implantação o prontuário eletrônico do paciente na APS ainda enfrenta alguns problemas, possivelmente, devido a falhas e limitações no processo de capacitação dos profissionais envolvidos assim como no acesso às informações para a utilização deste prontuário eletrônico. É importante treinamentos contínuos, para a consolidação do uso desta tecnologia, pois, uso de prontuários eletrônicos contribui na assistência em saúde trazendo agilidade e segurança ao atendimento dos usuários (SOUZA et al., 2018).

Além do mais, estes contribuem para o cuidado integral, pois seu acesso pode ser realizado em diversos locais da rede assistencial de saúde, promovendo agilidade no diagnóstico clínico, conduta e tratamento, otimizando assim o tempo do paciente e dos profissionais da saúde (SOUZA et al., 2018).

CONCLUSÃO

Estudo avaliou o atributo longitudinalidade e evidenciou escore insatisfatório na perspectiva dos profissionais e positivo na percepção dos pacientes oncológicos, os profissionais consideram que o vínculo entre a ESF em especial ao ACS, as visitas domiciliares e implantação do prontuário eletrônico como fatores que facilitam a longitudinalidade, caracterizando as unidades como referência ao longo do tempo aos pacientes.

No entanto, os fatores que dificultam as equipes de desenvolverem o processo de trabalho na perspectiva do cuidado contínuo, estão o prevaletimento do modelo biomédico, rotatividade constante dos profissionais das equipes, não reconhecimento da unidade como referência do serviço e a qualidade dos registros.

A implementação das oficinas educativas possibilitou uma reflexão sobre a atuação das ESF através do diálogo e um olhar ampliado que considerou o processo de trabalho das equipes e



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

serviços dispensados por eles a comunidade de maneira a contribuir na identificação de fragilidades e potencialidades em relação à assistência e coordenação dos serviços.

Contudo, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de outros estudos que visem avaliar estes atributos da APS com foco a assistência prestada aos pacientes oncológicos, cuidadores e familiares, visando sua efetividade e fortalecimento.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias; Continuidade da Assistência ao Paciente; Serviços de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; 70a edição, 2009.

BARROS, M. M. A. F.; MENDES, M. L. C.; FROTA, L. M. A.; ALMEIDA, J. R. S. **ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**. SANARE, Sobral - v.17 n.02, p.114-119, Jul./Dez. - 2018.

BONETTI, A.; SILVA, D.G.V.; TRENTINI, M; **O método da pesquisa convergente assistencial O método da pesquisa convergente assistencial**. Escola Anna Nery, v.1, n.17, pag 179-183, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2010. Available from: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_519818998.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

DOMENICO, E. B. L. **The complexity of oncology care: current and future challenges**. Acta paul. enferm. v. 9, n. 3, São Paulo, 2016.

FERTONANI, H.P.;PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A.; **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v.20, n.6, 2015.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

FRANK, B.R.B.; VIERA, C.S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P.L.; TOSO, B.R.G.O. **Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde**, v. 39, n. 105, 2015.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M.M.C.; AGOSTINHO, M.R.; HAUSER, L.; STEIN, A.T.; GONÇALVES, M.R. et al. **Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):274-84.

HAUSER, L.; CASTRO, R.C.L.; VIGO, A.; TRINDADE, T.G.; GONÇALVES, M.R.; STEIN, A.T. et al. **Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde**. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2013

LEITE, R.S.; SANTOS, A.P.M.; LIMA, C.A.; RIBEIRO, C.D.A.L.; BRITO, M.F.S.F.; **Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário**, Cad. Saúde Coletiva, v.3, n.24, 2016.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 52-66, setembro, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S104

MACHADO, N. A.; NÓBREGA, V. M.; SILVA, M. E. A.; FRANÇA, D. B. L.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. **Doença crônica infantojuvenil: vínculo profissional-família para a promoção do apoio social**. Rev Gaúcha Enferm. v. 39, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170290>.

MORAES, D.C.; ALMEIDA, A.M.; FIGUEIREDO, E.N.; LOYOLA, E.A.C.; PANOBIANCO, M.S.; **Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care**. Rev Esc Enferm. v.1, n.50, 2016.

NÓBREGA, V.M., SILVA, M.E.A.; FERNANDES, L.T.B.; VIERA, C.S.; REICHERT, A.P.S.; COLLET, N.; **Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network**. Rev Esc Enferm USP. v.51, 2017.

PAULA, S.H.B.; VOLOCHKO, A.; FIGUEIREDO, R.; **Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil**. Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, v.3, n.45, pag. 143-165, 2016.

PINTO, A. G. A.; PALÁCIO, M. A. V.; LÔBO, A. C.; JORGE, M. S. B. **VÍNCULOS SUBJETIVOS DO**



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 789-802, set./dez. 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00071>

SILVA, K. F.; PUCCI, V. R.; FLORES, T. G.; GIARETTON, D. W. L.; WEILLER, T. H.; CONCATTO, M. E. P.; DAMACENO, A. N. **Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do Brasil: Relato de Experiência.** Rev. APS. jul/set; v. 21, n.3, p. 470-77, 2018.

SILVA, L. A. A.; SODER, R.M.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; OLIVEIRA, I.C.;PETRY, L.; **Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas.** Saúde/Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 67-74, 2016.

SILVA, M.R.F.; BRAGA, J.P.R.; MOURA, J.F.P.; LIMA, J.O.; **Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, 2016.

SOUZA, G.R.M.; CAZOLA, L.H.O.; OLIVEIRA, S.M.V.L.; **Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na atenção oncológica.** Esc Anna Nery, v.4, n21, 2017.

SOUZA, R. S.; TEICHMANN, P. V; MACHADO, T. S.; SERAFIM, D. F. F.; HIRAKATA, V. N.; SILVA, C. H. **Prontuário Eletrônico do Paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde.** RE. SAÚD. DIGI. TEC. EDU., Fortaleza, CE, ago./dez. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, 2002.

TESTON, E. F.; FUKUMORI, E. F. C.; BENEDETTI, G. M. S.; SPIGOLON, D. N.; COSTA, M. A. R.; MARCON, S. S. **Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos.** Escola Anna Nery, v. 22, n.4, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, C. M. S. **Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent.** Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. R.; TONELLI, W. F. Q.; VELOSO, D. C. M. D.; GONÇALVES, D. P.;



6° CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE CISaúde

Vigilância em Saúde: Ações de Promoção,
Prevenção, Diagnóstico e Tratamento



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

TONELLI, S. Q. **Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** RFO UPF, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis, Insular, 2. ed, 143 p. 2004.

WAKIUCHI, J.; MARCHI, J.A.; MARCON, S.S.; SALES, C.A.; **Atuação da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários com câncer.** Revista Eletrônica Enfermagem, v.18, 2016.