



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA BARICATI

**A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO
BÁSICA À LUZ DA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Londrina
2016

CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA BARICATI

**A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO
BÁSICA À LUZ DA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Baricati, Crysthianne Cónsolo de Almeida.

A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial / Crysthianne Cónsolo de Almeida Baricati. - Londrina, 2016.
102 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Atenção primária à saúde - Teses. 2. Longitudinalidade do cuidado/Vínculo longitudinal - Teses. 3. Usuários - Teses. 4. Hipertensão arterial - Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA BARICATI

**A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À
LUZ DA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof.^a Dr.^a Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof.^a Dr.^a Regina Lúcia Dalla Torre Silva
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof.^a Dr.^a Mara Lúcia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Regina Kazue Tanno de Souza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 28 de janeiro de 2016.

Dedico este trabalho à minha querida avó Jecia e aos meus pais, que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e se empenharam para que eu pudesse realizá-los.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui minha expressão de sinceros sentimentos de gratidão e reconhecimento, de modo especial:

A Deus, por me conceder saúde e conhecimento, ouvir-me nas horas de angústia e desalento, estar comigo nos momentos de alegria e ter-me dado a fé para concluir esta etapa tão especial em minha vida.

À orientadora Professora Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, por ter sido, durante esses anos, condutora crítica e paciente, não se deixando abater perante minhas limitações; por ter-se dedicado mesmo em momentos difíceis e de sofrimento; por ter proporcionado conhecimentos e despertado novas expectativas para o futuro.

À Professora Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza que, de forma persistente e motivadora, acolheu-me e auxiliou no direcionamento deste processo, compartilhando momentos de angústia, alegrias e indignações.

Às Professoras Dr^a. Lilian Denise Mai, Dr^a. Regina Lúcia Dalla Torre Silva e Dr^a. Mara Lúcia Garanhani, membros da banca examinadora da qualificação à defesa desta tese, pelos pertinentes apontamentos que engrandeceram este estudo.

Aos meus amados pais, por me encorajarem nos momentos de desânimo e compartilhar os momentos de alegria; por serem os responsáveis por tudo que hoje sou; pela minha educação e vida profissional; pela dedicação que sempre tiveram comigo, a que se junta, para mim, o orgulho de ser sua filha.

À minha família, que torceu ansiosamente pela realização deste projeto e me ajudou com suas afáveis palavras de ânimo e orações em todas as etapas da minha vida.

Às pessoas que entrevistei, participantes deste estudo, por me cederem seu tempo precioso, por compartilharem suas vivências e me recebendo com tanto carinho em seus domicílios.

Aos colegas do doutorado, em especial Maria Regiane Trincaus, Sônia Cristina Stefano Nicoletto, Fernanda da Silva Floter e Marcela Maria Birolim, pelo companheirismo.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação, que colaboraram com a troca de conhecimentos, que estimularam o senso-crítico e se apresentam como exemplo de vida, em uma área profissional tão nobre que é a da saúde.

Agradeço em especial a professora Selma, coordenadora do Programa, pelo apoio e consideração.

Aos alunos-colaboradores, companhias na pesquisa de campo Dennis, Desiree e Jéssica Heloisa, cuja dedicação e apoio, mesmo estando em período de férias, suportando o forte calor e as chuvas torrenciais, permitiram a construção conjunta de amizade, a troca de sentimentos, o crescimento interior, profissional e ético.

Às colegas de trabalho Júlia, Mara, Marcia Karino, Marcia Volpato, Maria Clara e Mitiko pelas palavras de ânimo e colaboração durante o meu período de afastamento para realização deste projeto.

À Charlotte, companheira sempre presente neste processo, enfeitando minha escrivantina, dormindo no meu colo ou sobre os papéis que me cercavam, que com sua serenidade muitas vezes me acalmou e com seu olhar me animou.

BARICATI, Crysthianne Cònsolo de Almeida. **A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial.** 2016, 102 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A longitudinalidade ou vínculo longitudinal do cuidado, um dos atributos da atenção básica à saúde, consiste no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, na qual se espera uma relação terapêutica que envolva a responsabilidade por parte do profissional de saúde e a confiança por parte do usuário. Este atributo é constituído por três elementos: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os usuários e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional. Este estudo teve como objetivo compreender a longitudinalidade do cuidado na atenção básica a partir da vivência do usuário com hipertensão arterial. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem descritivo-exploratória, realizada com treze pessoas com quarenta anos ou mais, residentes na zona urbana do município de Cambé/PR, com hipertensão arterial e que utilizavam exclusivamente os serviços do Sistema Único de Saúde. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, realizada por meio de entrevista com a questão norteadora: Conte-me como tem sido o cuidado da hipertensão arterial na unidade básica de saúde. Para analisar os dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo com base em duas categorias analíticas: a unidade básica de saúde como fonte regular de cuidados e relação interpessoal para o estabelecimento do vínculo duradouro entre o usuário e os profissionais. Os depoimentos dos usuários com doenças crônicas revelam aspectos que apontam a longitudinalidade do cuidado na atenção básica do município. Os usuários utilizam a unidade básica de saúde como fonte regular do cuidado, mas não a reconhecem como tal porque há fragilidades quantitativas e qualitativas nos serviços. Em relação ao estabelecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais, verificou-se que decorreu das relações interpessoais influenciadas: pelo tempo de moradia na área, pela alta rotatividade dos profissionais, pela qualidade do processo de comunicação verbal e não verbal entre os usuários e a equipe, pela permanência do modelo biomédico na atenção básica e pela dificuldade do usuário reconhecer as categorias profissionais atuantes e suas atribuições. Conclui-se que exercer o atributo do vínculo longitudinal, embora esteja relacionado às práticas profissionais, depende da união dos esforços direcionados à melhoria da quantidade e da qualidade dos serviços ofertados e das estratégias de valorização dos profissionais.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Longitudinalidade do cuidado. Vínculo longitudinal. Usuários. Hipertensão arterial.

BARICATI, Crysthianne Cônsolo de Almeida. **The longitudinality of the care in the primary health care in light of the experiences of users with hypertension.** 2016, 101 p. Thesis (Doctorate in Public Health) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The longitudinality or longitudinal care relationship, one of the attributes of primary health care, is the follow-up on users over time, in which it is expected a therapeutic relationship that involves responsibility on the part of the health care professional and trust on the part of the patient. This attribute consists of three elements: the existence and recognition of a regular source of care, the establishment of a long-lasting therapeutic bond between users and health care professionals of the local team and informational continuity. The purpose of this study was to understand the longitudinality of care in primary health care from the perspective of users afflicted by hypertension. This is qualitative study, with a descriptive-exploratory approach, carried out with thirteen people, aged forty years or older, residing in the urban area of the municipality of Cambé/PR, with hypertension, and who use exclusively the services of the Unified Health System. Data collection occurred between November/2014 and January/2015, and was accomplished through interviews with the guiding question: Tell me about the hypertension care in the health center. To analyze the data we used the technique of content analysis, based on two analytical categories: the basic health center as a regular source of care and the interpersonal relationship for the establishment of a long-lasting link between the user and the professionals. The interviews of the users with chronic diseases revealed aspects that indicate the longitudinality of primary health care in the municipality. Users make use of the health center as a regular source of care, but do not recognize it as such because there are qualitative and quantitative weaknesses in the services. Regarding the establishment of the link between the user and the professionals, it was found that its existence was due to: the time living in the area, the high turnover of professionals, the quality of the process of verbal and non-verbal communication between users and staff, by the permanence of the biomedical model in the primary health care, and by the difficulty of the user to recognize the categories of working professionals and their responsibilities. We have concluded that the existence of the longitudinal relationship, while related to the professional practice, is dependent on all the efforts directed to the improvement of the quality and quantity of services offered, and the strategies for the appreciation of the professionals.

Keywords: Primary health care. Longitudinality of care. Longitudinal relationship. Patients. Hypertension.

BARICATI, Crysthianne Cònsolo de Almeida. **La longitudinalidad del cuidado en la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios con hipertensión arterial**. 2016, 103 h. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva) - Universidad Estatal de Londrina, Londrina-PR, 2016.

RESUMEN

La longitudinalidad o vínculo longitudinal del cuidado, es uno de los atributos de la atención primaria de salud y consiste en el seguimiento del usuario a través del tiempo, donde se espera una relación terapéutica que implica en la responsabilidad del profesional de la salud y de la confianza por parte del usuario. Este atributo se caracteriza por tres rasgos: la existencia y el reconocimiento de una fuente regular de atención, el establecimiento de un vínculo largo entre los usuarios y los profesionales de salud y la continuidad informativa. Este estudio tuvo como objetivo comprender el cuidado longitudinal en la atención primaria desde la perspectiva del usuario con hipertensión arterial. Se trata de una investigación cualitativa con enfoque descriptivo exploratorio, realizado con trece personas con cuarenta años o más que viven en el área urbana del municipio de Cambé, estado del Paraná, Brasil, con hipertensión arterial y que utilizaban exclusivamente los servicios públicos de salud. La recolección de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2014 y enero de 2015, llevada a cabo a través de entrevistas con la pregunta guía: Háblame como se ha hecho con el cuidado de su presión arterial en el centro de la atención primaria de salud. Para analizar los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido basado en dos categorías de análisis: la unidad básica de la salud como una fuente regular de atención y la relación interpersonal para el establecimiento del vínculo duradero entre el usuario y los profesionales. Las entrevistas de los usuarios con hipertensión arterial revelan aspectos que apuntan a la atención longitudinal en la atención primaria. Los usuarios utilizan la unidad básica de salud como una fuente regular de atención, pero no lo reconocen así porque existen deficiencias cuantitativas y cualitativas en los servicios. En cuanto al establecimiento del vínculo entre el usuario y los profesionales, se encontró que esto se debió a las relaciones interpersonales influenciadas por el tiempo de residencia en la zona, la alta rotación de los profesionales, la calidad del proceso de la comunicación verbal y no verbal entre los usuarios y el equipo, la permanencia del modelo biomédico en la atención primaria y la dificultad de usuario en el reconocimiento de las categorías profesionales que trabajan en el servicio y sus funciones. Se concluye que la eficacia del atributo de enlace longitudinal está relacionado con la práctica profesional, pero también depende de los esfuerzos conjuntos destinados a mejorar la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos y las estrategias para la valoración de los profesionales.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Longitudinalidad del cuidado. Vínculo longitudinal. Pacientes. Hipertensión arterial.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial

PATFP	Programa Aqui tem Farmácia Popular
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PCAToII	Primary Care Assessment Tool
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

	REFLEXÕES INICIAIS: O PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA.....	13
	APRESENTAÇÃO.....	15
1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OS PASSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	17
1.2	ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
1.3	LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO OU VÍNCULO LONGITUDINAL	22
1.3.1	Existência e o Reconhecimento de uma Fonte Regular de Cuidados de Atenção Primária	23
1.3.2	Relação Interpessoal para Estabelecimento de Vínculo Terapêutico Duradouro.....	24
1.3.3	A Continuidade Informacional.....	28
1.4	AS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO	28
1.5	LONGITUDINALIDADE A PARTIR DA VIVÊNCIA DO USUÁRIO	35
2	OBJETIVO	38
3	O CAMINHO DO MÉTODO.....	39
3.1	TIPO DO ESTUDO	39
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	40
3.2.2	Magnitude das Doenças Cardiovasculares e Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial no Município.....	41
3.3.	CONTEXTUALIZANDO E DEFININDO A POPULAÇÃO DE ESTUDO	42
3.4	COLETA DOS DADOS	43
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	46
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	47

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	IDENTIFICAÇÃO/RECONHECIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO FONTE REGULAR DE CUIDADOS DA ATENÇÃO BÁSICA	52
4.1.1	Utilização dos Serviços de Saúde	53
4.1.2	Fatores que Interferem na Identificação da Unidade Básica de Saúde como Fonte Regular de Cuidados	54
4.1.3	Busca de Alternativas para o Cuidado.....	56
4.2	RELAÇÃO INTERPESSOAL PARA ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO TERAPÊUTICO DURADOURO	62
4.2.1	Confiança	63
4.2.2	Padrão De Comunicação.....	65
4.2.3	Desafios Identificados a Partir das Percepções dos Usuários Sobre a Equipe	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	89
	APÊNDICE A - Lista de usuários com hipertensão arterial	90
	APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista	91
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
	APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade e Sigilo	95
	ANEXOS	97
	ANEXO A - Miniexame Do Estado Mental (MEEM).....	98
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	102

REFLEXÕES INICIAIS: O PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA

Frases como “Aprenda algo novo todo dia”, “Todo dia é dia de se aprender”, “Ao final de cada dia reflita o que aprendeu de novo, se aprendeu algo novo durma feliz pois seu dia valeu a pena”, nunca fizeram para mim tanto sentido como neste processo de doutoramento.

Manter-se na zona de conforto pode trazer tranquilidade, evitando surpresas e ansiedades, no entanto tem a possibilidade de engessar-nos e bloquear-nos para o novo.

Fui desafiada a andar em “terras desconhecidas”, olhar, sentir e pensar de forma qualitativa no meu objeto de estudo e isto causou-me grande inquietude.

“Será que é hora de mudar? Não seria este um momento para eu me aprofundar naquilo que eu sei (ou pelo menos achava que sabia)?”- eu pensava.

As noites nunca foram tão preocupantes e os dias tão turbulentos.

Às vezes nos defendemos sob uma capa protetora com medo do desconhecido e impedimos de viver algo que pode nos trazer contentamento e realização.

Demorei para me permitir viver o novo. Depois que senti os primeiros “aromas” da pesquisa qualitativa, pude perceber que, apesar do medo, eu poderia descobrir algo além dos números de um estudo.

Olhar na subjetividade, dar voz e ouvir o outro trouxeram-me momentos de descobrimento e reflexões: Por que não vivi isto anteriormente?

Tudo tem o seu tempo determinado, diz a Bíblia em Eclesiastes, e eu acredito nisto.

Encantei-me com os significados da comunicação, o olhar, os gestos, o tom de voz, a postura, o comportamento e os discursos.

Na profissão por mim escolhida, meus primeiros passos foram na Atenção Básica (apesar de não ter nada de básica, mas sim ser um conjunto de ações em saúde que envolve a complexidade do ser humano em um contexto biopsicossocial). Na área de Saúde do Adulto, assistir as pessoas com agravos crônicos fazia me sentir “mais enfermeira”. Desde as ações de detecção de agravos, aferição de pressão arterial, entrega de medicamentos, visitas domiciliares até orientações gerais e específicas para o cuidado me propiciavam muito prazer em

exercer a profissão que escolhi. Apesar de todo este contentamento profissional e investimentos no cuidado da saúde de outrem, vivenciava situações em que as orientações que praticávamos em todas as oportunidades de contato com paciente, e que para nós (profissionais) estavam tão claras, não eram seguidas. Percebia que alguns precisavam ser internados por complicações como acidente vascular encefálico, infarto, insuficiência cardíaca e outros até evoluíam para óbito.

Indagações como “Mas o que aconteceu com os usuários da minha UBS?”, “Por que não se cuidaram?”, “O que dificultou o cuidado?”, “De quem é a culpa por serem hospitalizados?”, “Por que os usuários tiveram complicações de algo que parece ser tão controlável como a hipertensão?”, “Será que a minha equipe atuou de forma adequada?”, “Será que é por que faltou medicamentos?”, “O óbito era evitável?”, “Será que nossas orientações foram insuficientes?”, “Eu e minha equipe conhecíamos, de fato, todos as pessoas da nossa área de abrangência que tinham hipertensão?” eram minhas constantes reflexões.

Esta inquietação me preocupava e me movia para procurar possíveis respostas, mas, naquele momento, as turbulências do dia a dia e suas intercorrências não me permitiram avançar nestes questionamentos.

Foi então que, após alguns anos, já no curso de doutorado, a pesquisa qualitativa adentrou em minha vida, tornando-se ferramenta para que eu pudesse acalantar algumas das minhas inquietudes.

As dificuldades no processo de doutoramento e meus primeiros passos neste modelo de pesquisa não me impediram de seguir em frente. Pessoas especiais com talentos notáveis cruzaram meu caminho e me alavancaram para continuar nesta lida.

Hoje, alegro-me por ver este trajeto, que há alguns anos me amedrontou, sendo percorrido. Realizo-me na descoberta, que nunca se esgota, de algumas questões que me indignavam e ainda me indignam.

Estas páginas não significam para mim apenas um estudo de doutoramento com cunho qualitativo que envolve a atenção básica à saúde e pessoas com hipertensão, como pano de fundo, percebo a perseverança, a fé, a força, o envolvimento, a humildade, a amizade e a superação. Sinto também que os questionamentos (que vão além da saúde) nunca se esgotam, e cabe a nós, profissionais e pesquisadores, buscar constantemente respostas para questões que envolvem as nossas vidas.

APRESENTAÇÃO

Apresento nas seguintes páginas um estudo que buscou compreender a longitudinalidade ou vínculo longitudinal do cuidado na perspectiva dos usuários com hipertensão arterial (HA). Esta investigação ocorreu no âmbito da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), de um município de médio porte, com 90% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A AB é caracterizada por um conjunto de ações voltadas para a promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde do indivíduo e da comunidade. Diferencia-se dos demais níveis assistenciais devido a seus atributos como: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

O atributo da longitudinalidade ou vínculo longitudinal consiste no acompanhamento orientado do usuário ao longo da vida, alicerçado essencialmente na relação com a Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto fonte regular de cuidados e nas relações interpessoais com trabalhadores da saúde.

A longitudinalidade ou vínculo longitudinal é observada no âmbito da AB, pois se trata da instância mais apropriada para verificar se o atributo está sendo contemplado. As ações na AB são organizadas da promoção à reabilitação, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, em uma área geograficamente definida, e deve constituir fonte regular de cuidados. O atributo da longitudinalidade envolve, necessariamente, duas relações essenciais: usuário/comunidade com a UBS e usuário/comunidade e trabalhadores.

Usuários com hipertensão e que utilizam exclusivamente o SUS foram os sujeitos deste estudo. Estes indivíduos necessitam de acompanhamento por toda a vida e o cuidado com a hipertensão é motivo para se vincularem a uma UBS, pois o agravo não tem cura, mas controle.

Para verificar se a longitudinalidade ou vínculo longitudinal é um atributo presente na AB, foram analisadas duas dimensões: reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados (não somente para o controle da hipertensão) e as relações interpessoais entre usuário e profissionais.

Verificar a utilização dos serviços, os motivos que influenciam a busca pela UBS, os fatores facilitadores e o uso de serviços alternativos foram as questões que permitiram compreender se a UBS tem sido reconhecida pelo usuário

como fonte regular de cuidados.

Já no campo das relações, foi investigado como se estabelece o vínculo interpessoal e como esta relação se fortalece.

Este trabalho procurou valorizar a experiência do usuário em busca do cuidado com sua saúde e os sentimentos gerados pelas relações com a UBS e seus profissionais.

1 INTRODUÇÃO

Atenção básica (AB) é definida como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, com base na avaliação do risco individual e coletivo. Em seus fundamentos e diretrizes, prevê a adscrição dos usuários como processo de vinculação de pessoas e/ou famílias a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, dentre os atributos da AB, o vínculo longitudinal ou a longitudinalidade do cuidado tem sido considerada característica central e exclusiva (STARFIELD, 2002), por pressupor a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente. Desse modo, acompanha os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários (BRASIL, 2012a).

Neste trabalho, buscamos compreender se o cuidado na AB contempla o atributo da longitudinalidade, a partir da análise da vivência das pessoas com condição crônica e que utilizam exclusivamente o SUS.

1.1 OS PASSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

De acordo com o Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, na organização do SUS, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária à saúde (APS) e fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico (BRASIL, 1990).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a, p. 19),

[...] a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Considera “*Atenção Básica*” e “*Atenção Primária à Saúde*” termos equivalentes, associando a estes os mesmos princípios e diretrizes (BRASIL, 2012a).

Assim sendo, neste estudo, optamos por utilizar tanto o termo *Atenção Básica* quanto *Atenção Primária à Saúde*, conforme referência dos autores consultados.

Embora seja possível identificar debates na década de 1960, em diversas áreas do mundo sobre determinação econômica e social da saúde (BRASIL, 2002), foi a partir de 1978, com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, que os cuidados primários foram considerados essenciais. Nesta conferência, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos são basilares para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial, reafirmando o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004).

Assim sendo, os cuidados primários, baseados em métodos e práticas cientificamente fundamentados, ao alcance universal dos indivíduos, famílias e comunidade se configuram como parte integrante do sistema de saúde do país. Constituem-se o primeiro nível de contato com os serviços de saúde, nos quais os cuidados são levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Na realidade brasileira, desde 1920, com a criação dos Centros de Saúde Escola, são inúmeras as tentativas de se organizar tais serviços com o propósito de se repensar o modelo vigente de atenção à saúde. Os centros de saúde, inicialmente implantados no estado de São Paulo, seguiram o modelo proposto por Geraldo Horácio de Paula Souza, médico sanitário, e tinham como proposta a ação integral com destaque para a educação sanitária e a promoção da saúde (LAVRAS, 2011).

Faria (2006) descreve que o modelo proposto consistia na estruturação da assistência pública à saúde com desenvolvimento de ações de educação materno-infantil, combate à tuberculose, educação sanitária, higiene pré-

natal, infantil e rural, análises laboratoriais e formação de profissionais de saúde pública.

Cabe ressaltar também, na década de 1940, a importância da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, na organização dos serviços de saúde pública (LAVRAS, 2011).

Na década de 1970, as universidades influenciadas pelo movimento da reforma sanitária iniciaram, em parceria com os municípios, as primeiras experiências de medicina comunitária por meio do desenvolvimento da APS em alguns municípios brasileiros, com destaque para Londrina, Campinas, Niterói, Teresina, Montes Claros, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville e gradativamente expansão para outras localidades (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2007).

Essas experiências pautaram-se no conceito de APS, de Starfield (2002), compreendida como um nível de serviço de saúde que permite à pessoa a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece assistência não apenas focada nas doenças mas atenta para todas as condições de saúde, sejam individuais e/ou coletivas. A autora reforça ainda que a APS constituiu-se como uma das fundamentais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Neste contexto, para Starfield (2002), a APS foi considerada ajuste assistencial importante nos países que almejavam um sistema de atenção à saúde qualificada e que a incrementaram como alicerce para suas estratégias de saúde.

Na década de 1990, por meio da municipalização dos serviços de saúde, como processo de implementação do SUS, estrutura-se a APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio de normatizações e transferência intergovernamental de recursos (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

O SUS foi constituído enquanto uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecido pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que o regulamentam como a Lei Federal 8.080/90 e 8.142/90. Seus objetivos finais consistem em oferecer assistência à população de forma integral, universal e equânime, baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, para que assim, se busque

os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançá-los com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade (resolubilidade), participação social e complementaridade do setor privado, devem se constituir em propostas estratégicas que deem concretude ao modelo de atenção à saúde desejado para o SUS (CHIORO; SCAFF, 1999).

Cabe destacar que, com o desenvolvimento dos mecanismos financeiros e operacionais no SUS, cada vez tem sido mais frequente o uso da terminologia *Atenção Básica* para designar este nível de atendimento, principalmente após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e dos incentivos financeiros aos municípios, como o Piso da Atenção Básica (GIL, 2006).

Tal fato tornou-se mais evidente com a instituição da PNAB em 2006, atualizada em 2012, na qual a AB deve ser

[...] desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p.19).

A Saúde da Família é reconhecida como principal estratégia para mudança de modelo assistencial no âmbito da AB, sendo preconizada pelo MS em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS (COSTA et al., 2013). Suas ações são desenvolvidas pelas equipes de saúde da família que realizam atenção a uma população específica em um território delimitado e são responsáveis também pelas questões sociais e sanitárias (BRASIL, 2012a).

A AB distingue-se dos demais níveis assistenciais (média e alta complexidade) devido a atributos essenciais, quais sejam, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

1.2 ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Starfield (2002), os atributos essenciais do sistema de serviços da APS podem ser conceituados da seguinte forma:

1. *Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde*: consiste na acessibilidade e na utilização do serviço a cada nova necessidade ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, exceto em situações de emergências e urgências médicas.
2. *Longitudinalidade*: quando há uma **fonte regular de cuidado** e sua utilização ao longo do tempo. A relação entre os usuários e sua fonte de atenção (os profissionais) deve se refletir em uma **relação interpessoal** firme que expresse a confiança mútua.
3. *Integralidade*: indica as ações que o serviço de saúde deve oferecer aos usuários de forma que recebam atenção integral, tanto relativa ao processo saúde-doença como também referente ao aspecto biopsicossocial. Essas ações dizem respeito à promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, ofertadas dentro das unidades de saúde ou direcionadas para outros níveis de assistência como encaminhamentos para especialidades, unidades de urgência e emergência, hospitais, entre outros.
4. *Coordenação do cuidado*: implica em alguma forma de continuidade, neste caso seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, ou por meio de prontuários médicos, ou os dois, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração do cuidado recebido na atenção global do indivíduo. O provedor de APS deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o usuário recebe por meio da coordenação entre os serviços.

O atributo da *longitudinalidade*, dentre todas as características, de acordo com Starfield, Shi e Macinko (2005), tem sido considerada peculiaridade

central e exclusiva da APS, por compreender o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de saúde e para os variados eventos de doenças e cuidados preventivos. Trata-se de uma relação terapêutica que envolve a *responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente*.

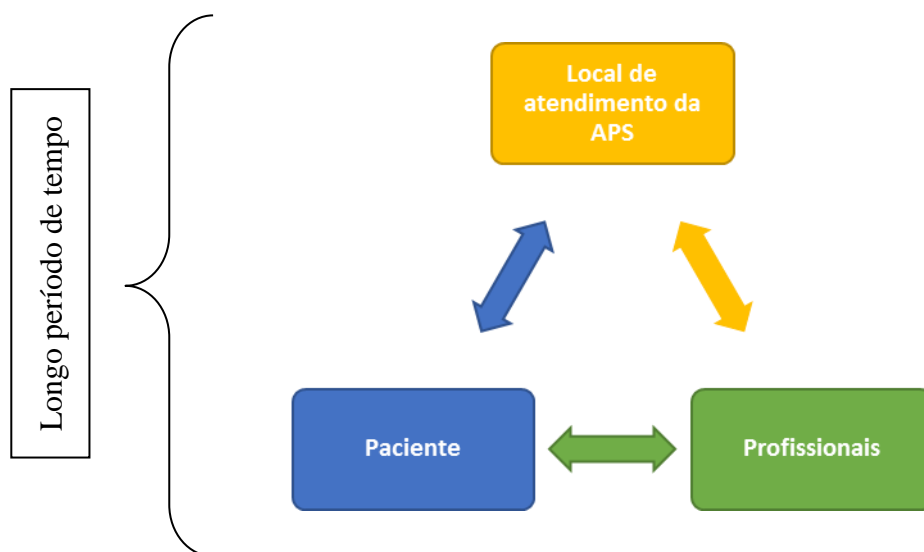
1.3 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO OU VÍNCULO LONGITUDINAL

A *longitudinalidade* é uma palavra incomum nos dicionários, sendo derivada do termo *longitudinal* que significa “lidar com o crescimento e as mudanças no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002).

Alpert e Charney, no ano de 1973, em *The Education of physicians for primary care*, foram os precursores no uso desta terminologia, definindo a assistência longitudinal como a responsabilidade médica pelo paciente, por um tempo independentemente do seu estado de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (FIGURA 1). Consiste em uma atenção orientada para a pessoa, ao longo do tempo (pelo menos 2 anos) e envolve **vínculo** entre os profissionais e a população (STARFIELD, 2002).

Figura 1 - O atributo da longitudinalidade ou vínculo longitudinal, segundo Starfield (2002).



Fonte: STARFIELD (2002)

Cunha e Giovanella (2011) apontam que o uso da palavra longitudinalidade não é frequente e mencionam que, em estudos avaliativos, com base no referencial teórico proposto por Starfield, têm sido utilizadas as palavras *vínculo* ou *continuidade*. Assim, propõem que se opte, ao se referirem APS no Brasil, pelo termo **vínculo longitudinal**.

A palavra *vínculo* (derivada do latim = atar), de acordo com o dicionário Houaiss (2009), significa aquilo que ata, liga ou aperta (duas ou mais coisas); o que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência ou o que liga afetiva e moralmente duas ou mais pessoas, uma união, **relação ou ligação de uma pessoa ou coisa com outra**. Por conseguinte, duas pessoas ou objetos vinculados estão unidos, encadeados ou atados, seja física ou simbolicamente. A noção de vínculo, sinônimo de “laço”, costuma ser idealizada para fazer referência a uma espécie de cadeia invisível ou de ligação moral ou afetiva que existe na relação de proximidade entre duas pessoas.

Os benefícios associados ao vínculo longitudinal incluem menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva e reconhecimento dos problemas dos pacientes, atenção mais oportuna, redução das hospitalizações e dos custos assistenciais (STARFIELD, 2002).

Deste modo, no âmbito da APS na atual configuração do sistema de saúde pública brasileira, podem ser identificadas três dimensões imprescindíveis do atributo da longitudinalidade ou vínculo longitudinal, como: 1) *a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados da atenção primária em saúde*, 2) *relação interpessoal para estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local* e 3) *continuidade informacional* (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Assim, entendemos que o vínculo do usuário não é somente de relações interpessoais entre usuário/profissionais, mas também deste com os serviços de saúde.

1.3.1 Existência e o Reconhecimento de Uma Fonte Regular de Cuidados da Atenção Primária em Saúde

A identificação de uma fonte regular de cuidados relaciona-se ao reconhecimento de uma fonte de atenção pela população como “sua”, ou seja,

reconhecer a unidade de saúde como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Documento publicado em 1992, intitulado *Continuity of care in changing health care systems*, pela WORLD HEALTH ORGANIZATION, ressalta que a identificação de serviços pelo usuário é influenciada pelo modo como o sistema está organizado, de tal forma a permitir escolha dos profissionais e/ou serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992).

Para Cunha e Giovanella (2011), a organização dos serviços interfere diretamente no reconhecimento da unidade de saúde como fonte regular de cuidados por parte dos usuários. A **oferta e disponibilidade de serviços** são fatores que influenciam na identificação desta fonte. Se estes são disponibilizados de forma qualitativa e quantitativa, de acordo com as necessidades de saúde, as chances de reconhecimento aumentam significativamente. Porém, destacam que, embora no Brasil a APS com a ESF esteja engajada na criação de vínculos entre população adscrita, equipe e serviços, a maneira como os serviços se organizam ainda não permite que o usuário tenha suas escolhas quanto às fontes regulares de cuidado.

1.3.2 Relação Interpessoal Para Estabelecimento de Vínculo Terapêutico Duradouro

Para Cecílio (2006, p. 115), o vínculo consiste em um instrumento de trabalho e é "mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa; significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades". Ainda para o autor, a formação de vínculo é resultado da relação de **confiança** entre o usuário e uma equipe e/ou profissional de saúde.

Segundo a literatura revisada por Cunha e Giovanella (2011), o vínculo duradouro constitui uma relação terapêutica ao longo de um período ou relação interpessoal contínua entre paciente e profissional, evidenciando confiança e responsabilidade entre as partes.

Confiar na equipe é resultado de relações interpessoais contínuas e qualificadas. A partir de situações nas quais o usuário se direciona aos serviços na busca de soluções de suas necessidades de saúde, e o profissional atende, de forma parcial ou total, tais necessidades, há o sentimento de segurança que permite

o fortalecimento do vínculo. Com a implementação da ESF, a adscrição da população à equipe de saúde e as ações de cuidado intra e extra muro das UBS são fatores que podem estabelecer maior proximidade entre as partes (BRASIL, 2008, 2012a).

O vínculo entre os usuários residentes em uma área adscrita e as equipes de saúde da família, segundo a PNAB, é o principal princípio da APS, inferindo uma boa relação entre ambos e nivelando seus conhecimentos divergentes (BRASIL, 2012a). Portanto, o vínculo interpessoal consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

O fortalecimento do vínculo, segundo Baralhas e Pereira (2011), é influenciado pelo **tempo de convivência** entre profissional e usuário, quanto maior o período de contato entre ambos, maior é a possibilidade de gerar relação de confiança e credibilidade. A confiança se estabelece diante das **necessidades de saúde do usuário e interesse e resolutividade por parte do profissional**.

Para que haja interação entre os profissionais e os usuários, é necessário que estes estejam em situações confortáveis em seus contatos. Esta interação está diretamente relacionada com a liberdade de expressão de ambas as partes.

A **comunicação** é um processo de compreender, de compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como acontece dá o intercâmbio, exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio e longo prazo (STEFANELLI, 1993), e constitui aspecto central na transmissão de informações acerca dos problemas, indagações e preocupações, sendo a linguagem verbal mais comum.

Há dois tipos de comunicação: a verbal e a não verbal. A linguagem verbal refere-se à fala e à escrita; a não verbal é manifestada por meio de gestos, da postura, da expressão facial, da tonalidade da voz, do afeto e do contato visual. O processo da comunicação é aprendido e pode ser influenciado por atitudes, experiências, conhecimento, características culturais e étnicas, habilidades de relacionamento pessoal e fatores ambientais (JAKOBSON; BLIKSTEIN; PAES 2008).

Comunicar-se compreende não apenas o movimento linear de uma fonte ao receptor, mas a partilha de ideias, atitudes e emoções. A forma como as pessoas se comunicam, independentemente se verbalmente ou não, pode resultar em diversos tipos de experiências (VANOYE, 2007).

Cabe ao usuário dirigir informações sobre seus problemas e interrogar os profissionais quanto ao diagnóstico e às possibilidades de intervenção. Já os profissionais devem indagar o usuário para levantamento e esclarecimento de problemas, informar diagnóstico e sugerir plano terapêutico, dando oportunidade para que este seja discutido e que seja aprovado por ambos.

Neste sentido, a escuta e o acolhimento do usuário podem garantir formação de vínculo e gerar satisfação e segurança, pelo sentimento de aceitação e proximidade dos cuidadores (LIMA et al., 2007).

Ainda sobre vínculo, destaca-se que

Criar vínculos implica em estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento do outro nos sensibiliza. É permitir um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, tendo como objetivo a construção da autonomia do usuário e não a sua dependência. É responsabilizar-se, junto com o outro, pela sua vida e morte (RIZZOTTO, 2002, p. 199).

Essa relação entre usuário e profissional é considerada por Merhy (2005) como tecnologia leve, na qual se estabelece intersubjetividade. Os padrões de comunicação estabelecidos envolvem fala, escuta, interpretações das mensagens, cumplicidade, confiabilidade, acolhimento e estabelecimento de vínculo. Cada encontro é uma possibilidade de fortalecimento de laços, no entanto, isto não é garantido, visto que depende da forma como ambos, usuário e trabalhador, convivem. Esta tecnologia leve é construída e constitui-se em um fator essencial para que a relação interpessoal seja positiva e eficiente, baseada na empatia como sentimento mútuo.

Porém, no campo da interação profissional-usuário, a forma de comunicação mediante como cada um se sente perante o outro como os tons, alturas e ritmos de voz, posturas e gestos também interferem nesta relação, gerando sentimentos que vão desde nervosismo e ansiedade, amabilidade e empatia até satisfação e confiança.

Caprara e Rodrigues (2004), ao estudarem a relação médico-usuário, consideram como boa aquela que permite que ambos estejam confortáveis em seus distintos papéis e domínios. Essa relação deve gerar confiança, com padrões de comunicação efetivos e valorização, por parte do médico, das experiências vividas e dos aspectos biopsicossociais de seus pacientes, ou seja, da sua subjetividade. Na presença desta relação, é viável a promoção da autonomia do paciente pois o profissional importa-se em discutir sobre diagnósticos e suas peculiaridades e os possíveis projetos terapêuticos.

A adesão do tratamento prescrito por parte do usuário está diretamente relacionada com a presença ou não do vínculo entre o usuário/comunidade e os profissionais da equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

Estudo realizado por Santos, Marques e Carvalho (2013) em Fortaleza, no estado do Ceará, com usuários hipertensos da APS identificou que problemas como a falta de acolhimento, de paciência e de diálogo por parte dos profissionais de saúde dificulta a formação de vínculo e conseqüentemente a adesão ao tratamento por parte dos usuários.

Condições como liberdade dada ao usuário para se expressar, atendimento resolutivo e valorização da individualidade, dedicação no cuidado, escuta-ativa e explicações referentes ao diagnóstico e tratamento são fatores que contribuem para atendimentos mais humanizados. Com isso, oportuniza-se a criação de laços entre usuários/equipe, ou seja, quanto mais próxima for a relação entre as partes, maior é a adesão ao tratamento (CARVALHO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2011; TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Em síntese, o fornecimento de suporte emocional propicia melhores resultados quando comparado a condutas simplesmente normativas. Compreende-se que, nas relações interpessoais, o sentimento de confiança entre usuários e profissionais está diretamente relacionado com padrão de comunicação adequado, pela demonstração de interesse e resolutividade ou consideração dos profissionais mediante os problemas referidos e pela *valorização dos aspectos psicossociais no contexto de vida do usuário*.

1.3.3 A Continuidade Informacional

A continuidade informacional diz respeito à qualidade de registros em saúde, na forma como estão organizados e disponibilizados, de maneira a contribuir com o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe de saúde. Estas informações devem orientar a conduta terapêutica, permitir posterior avaliação em um processo totalmente dinâmico. Devem abranger, além dos aspectos clínicos, as características sociodemográficas, valores e situação familiar e domiciliar, visto que estas influenciam no estado de saúde do usuário e podem ser fatores de adesão ou não adesão às recomendações terapêuticas dos profissionais. (HAGGERTY et al., 2003; SAULTZ, 2003).

Saultz (2003) reforça que a continuidade informacional não se restringe apenas aos registros do profissional médico, e sim a todos aqueles que compõem a equipe de saúde. O acesso às informações deveria existir em vários setores da saúde, dentre os seus diversos níveis de complexidade.

Neste estudo, este elemento não foi investigado, centrando-se no relato da experiência dos usuários.

1.4 As Condições Crônicas e a Longitudinalidade do Cuidado

O aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por se caracterizarem por longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito dos acometidos, tem-se configurado como motivo de preocupação no cuidado à saúde (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013).

Essas doenças advêm da urbanização, de melhorias nos cuidados com a saúde, da mudança nos estilos de vida e da globalização. A maior parte dessa carga de doenças não é resultado inevitável de uma sociedade moderna, pois são problemas que podem ser prevenidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial (HA), no ano de 2013, foi responsável por 9,3 milhões de morte no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), e atinge

30% da população adulta brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade, de acordo com estimativas da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SCALA, 2014).

Classificada como DCNT, a HA é considerada um dos principais agravos à saúde no Brasil e é o principal fator de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV), estando relacionada a aproximadamente 80% dos casos (BRASIL, 2011). De acordo com Malta et al. (2009), quando a HA é devidamente controlada, reduz-se drasticamente as taxas de incidência das DCV.

Segundo o estudo de 2015 *Heart Disease and Stroke Statistics (Estatísticas sobre doenças cardíacas e infartos)*, da American Heart Association, apesar da redução de 30,8% na taxa de morte por DCV, a taxa por HA aumentou 13,2% em todo o mundo entre 2001 e 2011, em ambos os sexos e na faixa etária 35 a 74 anos. A HA ainda é motivo de grande preocupação para a saúde pública, com tendência crescente de sua magnitude, devido aos estilos de vida da sociedade atual. O Brasil está situado em sexto lugar entre os países com as mais altas taxas de mortes por doenças cardíacas, infartos e HA.

A HA é de simples diagnóstico e tem controle, podendo o indivíduo acometido seguir a vida com a inclusão de novos hábitos no seu cotidiano. Estima-se que somente 23% dos hipertensos controlem corretamente a doença, 36% não fazem controle algum e 41% abandonam o tratamento após a melhora inicial da pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A AB possui importante papel no controle e redução nas taxas de HA e seu acompanhamento baseia-se na assistência focada na vigilância, prevenção e promoção à saúde, que constituem os pilares do Programa de Controle da HA.

Desse modo, no Brasil, para enfrentar os desafios do controle e prevenção das DCV, o MS tem proposto várias estratégias para o cuidado, entre as quais o controle da HA por meio da organização de linha de cuidado, visando fortalecer e qualificar a atenção à pessoa por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Entre as principais ações estratégicas colocadas em prática a partir de 2000, destacam-se: a organização de área específica na Secretaria de Vigilância em Saúde do MS; a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); indução de ações de vigilância de DANT em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; definição de indicadores de monitoramento dessas ações na

Programação Pactuada Integrada (PPI) de vigilância em saúde; capacitação de recursos humanos; realização de inquérito para conhecer a prevalência de fatores de risco em 15 capitais e no Distrito Federal, estabelecendo uma linha de base para o monitoramento; definição de indicadores padronizados para monitoramento das doenças e fatores de risco e proteção; discussão junto a gestores de saúde com o propósito de recomendar as ações para DANT como uma prioridade do SUS; apoio às pesquisas para ampliar o conhecimento do problema e definir estratégias para sua condução; e realização de seminário nacional para a pactuação da agenda de prioridades da área (MALTA et al., 2006).

Após debate mundial patrocinado pela OMS, em 2010, na cidade de Nova York na Reunião de Alto Nível sobre DCNT, todos os países foram desafiados a estabelecer estratégias no cuidado com as DCNT. Como resposta, em 2011 foi elaborado pelo MS o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011).

Este documento estabelece e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos por meio de diretrizes e instrumentos operacionais com definição de ações, estratégias, indicadores, metas, programas, projetos e atividades.

O plano apresenta, ainda, informações epidemiológicas dos quatro principais grupos de DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes (DM)) e seus fatores de risco modificáveis; a descrição de intervenções consideradas de menor custo e mais efetivas, bem como aquelas compreendidas como as “melhores apostas”, ou seja, ações a serem executadas imediatamente para que produzam resultados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e altos custos evitados (BRASIL, 2011).

Especificamente ao controle da HA, preconiza-se modificações de estilo de vida, como alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool (BRASIL, 2011).

A primeira Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, advinda da criação do SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, com a intenção de orientar as ações em saúde, já indicava diretrizes para que os princípios do SUS fossem considerados, destacando a

importância da *organização dos serviços de saúde*, de ordem gerencial e administrativa como financiamento, regionalização e hierarquia dos diferentes níveis (federal, estadual e municipal), e os de ordem operacional como formação do quadro de recursos humanos e atribuições de cada nível de atenção com foco nas redes de atenção (BRASIL, 1990).

Em virtude de a HA caracterizar-se como um agravo crônico, ou seja, que não tem cura, mas que pode ser controlado, com acompanhamento ao longo da vida da pessoa e que exige amplos cuidados por uma equipe multiprofissional, a assistência deve ser organizada para atender de forma integral os indivíduos na APS. Desta forma, viu-se a necessidade de padronizar e direcionar o cuidado por meio de ferramentas como os protocolos com intuito de organizar as ações na AB. Eles objetivam, por meio de suas recomendações, reduzir as taxas de morbimortalidade por este agravo. São descritas ações de promoção em saúde, tratamento, acompanhamento e prevenção de complicações, além de classificar os usuários em graus de risco e indicar mudanças de estilo de vida. Em relação à parte técnica, o protocolo contém orientações de mensuração de PA, peso, altura e circunferência abdominal.

Ainda, são considerados instrumentos que direcionam como os serviços de saúde na AB devem estar organizados para que se atinjam os princípios do SUS na vida de cada indivíduo com HA.

O município de Cambé tem seguido as orientações do protocolo organizado pelo MS, intitulado *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*, de 2006, da série “normas e manuais técnicos” denominada *Cadernos de Atenção Básica* (BRASIL, 2006).

Este protocolo, resultado da *política nacional de atenção integral à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus* e do *plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*, prescreve ações para o cuidado dos indivíduos com estes agravos, permitindo uma visão prática e didática das suas principais características, seus fatores de risco e suas complicações e é dirigido aos profissionais de saúde, especialmente aos da rede básica, visando reduzir o impacto deste agravo na população brasileira. Nele são descritas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle.

Neste sentido, o protocolo destaca que, para o cumprimento de suas propostas, é necessário que recursos estruturais, materiais e força de trabalho

estejam em consonância para as ações serem efetivas. Além disso, salienta a importância da utilização de um fluxograma para encaminhamentos no cuidado, e prescrições de atividades intra e extra muros da UBS, individuais e/ou coletivas, de promoção à saúde, detecção precoce, controle e acompanhamento, prevenção de complicações, bem como as atribuições dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2006).

Com a implantação e vigência do protocolo assistencial, espera-se: a) a organização de um conjunto de ações sistematizadas para captação, acompanhamento e avaliação das pessoas com HA; b) sinalização a respeito da educação permanente para os profissionais em suas categorias específicas e em equipe multiprofissional; c) direcionamento das atividades para o cuidado integral.

O protocolo prescreve um fluxograma organizado desde a assistência na captação de casos à decisão terapêutica. As etapas consistem na avaliação da HA com anamnese, exame físico e aferição de PA; investigação clínica laboratorial e decisão terapêutica, segundo risco e monitoramento dos níveis pressóricos (BRASIL, 2006).

Além da descrição das atividades de cuidados, esta ferramenta apresenta as atribuições específicas para cada categoria profissional e também para a equipe, orientações para o tratamento medicamentoso, justificativas para encaminhamentos para outros serviços e condutas em situações de urgência e emergência.

Neste documento, as orientações para o cuidado com HA estão voltadas para a área técnica, detalhando procedimentos, fluxogramas e condutas terapêuticas. Todavia, assuntos sobre acolhimento e vínculo aparecem de forma tênue, permitindo perceber que se trata de um protocolo direcionado para o tratamento da doença HA e pouco para o indivíduo hipertenso na sua integralidade.

Assim, Werneck, Faria e Campos (2009) enfatizam que essas ferramentas, mesmo que atualizadas, fragilizam seus objetivos em situações de ausência de escuta ativa e percepção das necessidades de saúde do indivíduo. Desta forma, o cuidado passa a ser mecanizado, visando somente ao alcance de metas pactuadas pelos gestores, e com desfechos sem resolutividade mediante as necessidades do usuário.

Para que o protocolo seja uma ferramenta efetiva é importante que o município constantemente reflita sobre as propostas prescritas pelo MS e as

condições reais vivenciadas enquanto forma de organização dos serviços e o processo de trabalho. Desta forma, é recomendada a revisão e atualização do protocolo no que concerne às estratégias mais humanizadas de ações individuais e coletivas no cuidado com a HA.

Além do protocolo, com intuito de garantir a assistência integral aos usuários com HA, várias propostas têm sido apontadas e discutidas para atender a integralidade das pessoas em situações crônicas de saúde.

A PNAB (BRASIL, 2012a) estabelece normas para a organização das ações de cuidado com a HA. Dentre as atividades que devem ser ofertadas pela AB específicas para o cuidado com a HA e praticadas pela equipe de saúde da família, incluem-se:

- cadastramento dos indivíduos com HA;
- o procedimento de aferição de PA e medidas antropométricas como circunferência abdominal, de peso e altura;
- a investigação clínico-laboratorial contendo o levantamento da história clínica, realização de exame físico, avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso, confirmação da elevação da PA e afirmação do diagnóstico, avaliação da presença de lesões em órgãos-alvo; identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global; verificação de doenças associadas à HA e diagnóstico, quando houver, da causa da HA;
- indicação de tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- fornecimento de medicamentos;
- consultas médicas e de enfermagem, com retornos conforme quadro clínico e risco cardiovascular;
- orientações sobre fatores de risco e métodos de prevenção da HA;
- orientações sobre a importância das mudanças de hábitos de vida, ligados à alimentação e à prática de atividade física rotineira;

- anotações em prontuários e impressos afins;
- desenvolvimento de atividades educativas de promoção à saúde para toda a comunidade hipertensa ou não;
- atividades de detecção precoce do agravo, individuais e/ou coletivas;
- discussão com a equipe e estabelecimento de estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento;
- busca ativa de faltosos.

Dentre os movimentos em busca do cuidado das condições crônicas, como a HA, mencionamos o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde (MENDES, 2012). Tais recomendações foram agrupadas em um documento intitulado “O cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo da consolidação da ESF”.

O foco do MACC consiste: na proposta na qual o SUS é um sistema público universal com responsabilidades definidas sobre territórios e populações; na implementação de um modelo de atenção que incorpore intervenções nos determinantes sociais em uma população específica (área adscrita), com estratificação dos riscos; implementação e avaliação das intervenções sanitárias relativas a esta população; provimento do cuidado com foco nas pessoas; nas suas famílias e no contexto de suas culturas e de suas preferências (MENDES, 2012).

Outro movimento, desenvolvido pela gestão do Estado do Paraná, é o programa de Educação Permanente em Saúde (EPS), denominado Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. Ele tem como objetivo garantir uma APS de qualidade e resolutiva no âmbito estadual, reorganizando seus serviços, e está focado nas relações estreitas entre o Estado e os municípios e na capacitação contínua dos trabalhadores da saúde. Sua meta é alcançar, até o ano de 2020, melhores indicadores de saúde no estado como consequência da oferta de serviços de excelência à população (PARANÁ, 2014).

Neste sentido, os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da HA. Devem também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa

e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à HA (BRASIL, 2011).

Assim sendo, a HA pode constituir-se como dispositivo para analisar a longitudinalidade do cuidado dos serviços de saúde, por se tratar de um agravo com longo período de tratamento, cujo programa de controle é pioneiro dentro das ações da APS e possuir protocolo estabelecido pelo MS, descrevendo condutas e atribuições multiprofissionais.

1.5 LONGITUDINALIDADE A PARTIR DA VIVÊNCIA DO USUÁRIO

Os inquéritos que envolvem a opinião dos usuários quanto aos serviços de saúde podem sinalizar como estão organizados seus processos de trabalho. No Brasil, a partir de 1990 com a criação do SUS, enfatiza-se a valorização da percepção do usuário sobre os serviços de saúde (VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Autores como Donabedian (1980), Pascoe (1983), Ware Junior et al. (1983), Atkinson (1993) evidenciam que conhecer o grau de satisfação do usuário é uma forma de se averiguar a qualidade do serviço em saúde e ainda sugerir maneiras de seu aperfeiçoamento.

Segundo Esperidião e Trad (2005), há, na literatura mundial, divergências nos conceitos e na utilização dos termos que valorizam o olhar do indivíduo que recebe algum serviço, tais como: a percepção, a satisfação, a avaliação, segundo o olhar de..., sob a ótica de... e à luz de...

Outras terminologias também são usadas para designar o conceito de usuário: *patient*, *consumer*, *cliente*, *costumer* e *user*, sendo que o primeiro sugere conotação de passividade perante alguma situação. Os demais, exceto o último, são provenientes do setor privado e destacam a atribuição de compra de produtos e serviços no mercado. O termo *user* é mais utilizado no Brasil e sua implicação tem como panorama um sujeito que utiliza os serviços de saúde, muito além de ser um paciente ou consumidor, pois tem integrado noções de cidadania, inferência pela ideia de direito social, um dos princípios do SUS (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Uma das diretrizes para a gestão do SUS consiste na participação popular na qual é imprescindível a opinião, o interesse e o envolvimento dos usuários para fortalecê-lo (RAGGIO; BARROS; RODRIGUES, 2009).

Os estudos que valorizam a opinião do usuário vêm sendo intensificados nos últimos anos, tendo como estímulos aqueles iniciados e executados pela mídia como inquéritos de opinião. Identificar a opinião do usuário frente aos serviços de saúde, por meio do reflexo na manifestação popular, pode servir como indicador para planejar, reorganizar e fortalecer as estratégias do sistema.

Dar voz e ouvir os usuários, atores diretos do cuidado prestado, são oportunidades de se definir a realidade e, a partir dela, identificar subsídios para a melhoria da qualidade da assistência fornecida à população (KEMPFER et al., 2011).

A avaliação de serviços no campo da saúde na opinião do usuário tem sido uma das formas de se verificar a condição ou qualidade que estes oferecem. Os primeiros estudos que assim o fizeram, originaram-se do *marketing* e da escola de psicologia social (WEISS, 1988).

Segundo Donabedian (1980), a avaliação da qualidade de um cuidado pode se dar em três dimensões nos serviços: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura refere-se aos recursos materiais e estruturas físicas; o processo está relacionado aos cuidados demandados na assistência às condições de saúde dos pacientes e o resultado, associado à efetividade do cuidado ou mudança do estado de saúde do indivíduo devido a intervenções. Podemos dizer que o presente estudo, aproxima-se do segundo aspecto, ou seja, na identificação de como se processam os cuidados ofertados pela AB.

A longitudinalidade do cuidado tem se constituído em objeto de estudo da qualidade dos serviços de saúde, como do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – PCATool.

O PCATool, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1980), segue a proposta de avaliação de Starfield (2002), segundo os atributos da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção. Este instrumento permite perceber a presença e a extensão de cada atributo. No Brasil, o instrumento foi adaptado e intitulado PCAToolBrasil (BRASIL, 2010).

Porém o PCAToll consiste em instrumento de ordem quantitativa, com possibilidades de respostas previamente estratificadas e não auto aplicativo,

sendo necessária a presença de entrevistador. Cunha e Giovanella (2011), a partir da análise do PCAToll, propuseram novos questionamentos para investigação do vínculo longitudinal a partir das três dimensões do atributo.

Em vista de estes instrumentos serem de cunho quantitativo, neste estudo, propusemos investigar qualitativamente o atributo vínculo longitudinal na fala do usuário.

Assim sendo, oportunizar ao usuário o espaço para expressar sua experiência de utilização da AB é uma forma de se analisar como o processo de trabalho está organizado. Diante destas considerações e escassez de estudos qualitativos sobre a longitudinalidade do cuidado, surgiu o interesse por compreender como se processa o cuidado ao usuário com condição crônica, a partir da sua vivência de utilização da UBS, sob a ESF.

Em busca de respostas que possam identificar as potencialidades e os desafios da APS, foi desenvolvido o presente estudo utilizando a metodologia qualitativa, dando maior valor à subjetividade do usuário, a partir da seguinte pergunta de pesquisa: **“O cuidado prestado aos usuários com agravos crônicos contempla a longitudinalidade da AB”?**

Partimos do pressuposto de que a longitudinalidade do cuidado está diretamente relacionada à organização do serviço e à operacionalização do processo de trabalho em saúde, e é percebida pelos usuários a partir de suas dimensões essenciais, quais sejam, identificação/reconhecimento de um serviço como fonte regular do cuidado e relação interpessoal para estabelecimento de vínculo duradouro.

Portanto, este trabalho não buscou avaliar a qualidade dos serviços, mas sim identificar se o atributo da longitudinalidade é contemplado na APS por meio das experiências vividas pelos usuários com agravos crônicos.

Acreditamos que esta investigação possa colaborar como forma de avaliação centrada no usuário, que relata suas experiências e suas percepções sobre os atendimentos de saúde, podendo identificar se a UBS contempla a longitudinalidade ou vínculo longitudinal, seus problemas e potencialidades.

O estudo pode contribuir para que os gestores e as equipes de saúde reflitam sobre a longitudinalidade do cuidado na AB, promovendo mudanças necessárias na organização da assistência e fortalecendo os serviços existentes a partir da concepção dos usuários.

2 OBJETIVO

- Compreender a longitudinalidade do cuidado na AB a partir da vivência do usuário com HA.

3 O CAMINHO DO MÉTODO

3.1 TIPO DO ESTUDO

Considerando o ser humano como objeto principal de investigação, optamos por realizar este estudo, segundo as perspectivas da pesquisa qualitativa, visando compreender as questões de subjetividade em relação à percepção que os usuários do SUS, acometidos de HA, têm sobre a assistência na AB, analisando a partir das falas destes indivíduos como se expressa a longitudinalidade do cuidado neste nível de atenção à saúde.

Analisamos a vivência dos sujeitos com HA, considerada uma condição que pode servir como dispositivo analisador do fenômeno investigado, pois, conforme pressupõe Pelisoli et al. (2014) e a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), a forma como a equipe administra a atenção de maneira rotineira às enfermidades comuns podem servir como indicador da qualidade geral da atenção.

A metodologia qualitativa analisa e interpreta os aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo análises detalhadas sobre investigações em relação aos hábitos, atitudes e tendências comportamentais (MARCONI; LAKATOS, 2010; FLICK, 2009).

Pesquisar qualitativamente é buscar entender as diversas relações e determinações de um fenômeno, é focalizar o específico, o peculiar, o individual, objetivando compreender os fenômenos estudados e não apenas a verificação de hipóteses (MARTINS; BICUDO, 2006).

Segundo Minayo (2014), pesquisa qualitativa é aquela que se preocupa com os indivíduos e com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O presente estudo, ainda, tem caráter descritivo e exploratório. A pesquisa de natureza descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir, desvelar um fenômeno presente: a longitudinalidade, como ele acontece, sua relação e correlação com outros, sua natureza e suas características. Já os estudos exploratórios definem

suas metas e procuram maiores informações sobre determinado assunto, familiarizam-se com o fenômeno ou obtém nova compreensão dele, realizam descrições das situações e das relações existentes entre os elementos da longitudinalidade (CERVO; SILVA; BERVIAN, 2007).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O local de estudo foi Cambé/PR, um município de médio porte que compõe a região metropolitana de Londrina e está situado na região norte do estado do Paraná, com 96.735 habitantes, densidade demográfica de 195,54 hab/km² e o Índice de Desenvolvimento de 0,734 (IBGE, 2010; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010) ficando em 920º lugar no ranking nacional. A economia está baseada na agricultura, agroindústria e nas indústrias químicas.

No que concerne à oferta de serviços de saúde pelo SUS, este município, no ano de 2014, possuía 13 UBS distribuídas em cinco regiões, uma unidade de urgência e emergência, um hospital, um centro de odontologia integrado (COIC), duas ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Apoio Psicossocial Adulto e Infantil (CAPS), farmácia central, laboratório central e centro de referências de especialidades.

Os serviços de saúde da APS, do município de Cambé, passaram por um processo de reorganização no início de 1983. Neste período, existiam quatro unidades de saúde que realizavam ações direcionadas à vacinação, ao controle da HA, atendimentos às gestantes, curativos, inalação, atendimento odontológico, consultas de clínica geral, ginecológicas e pediátricas (RADIGONDA, 2014).

Na década de 1990, com a implantação do SUS, o Município reorganizou e melhorou a atenção de saúde de acordo com seus princípios e diretrizes (RADIGONDA, 2014).

Por meio do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, em 2007, o Município formalizou a adesão ao Pacto pela Saúde na busca de qualificar e consolidar os princípios do SUS.

Seguindo tais princípios, as UBS obedecem ao fluxo operacional da APS, devendo ser referência para o primeiro atendimento e atuando como instância para o estabelecimento de vínculo entre o indivíduo e o serviço de saúde, promoção

da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, e também dando assistência em situações agudas e acompanhamento de casos crônicos (CAMBÉ, 2010, 2011).

Segundo a Divisão de AB da Secretaria de Saúde de Cambé, a cobertura da ESF abrangia 90% da população, havia 24 equipes de saúde da família e dois núcleos de apoio à saúde da família (NASF) (CAMBÉ, 2014).

3.2.1 Magnitude das Doenças Cardiovasculares e Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial no Município

Assim como na realidade brasileira, no município de Cambé, as DCV destacam-se como principal causa de morte, correspondendo, em 2011, a 29,2% do total de óbitos do município (BRASIL, 2014).

Um projeto da Universidade Estadual de Londrina (UEL), intitulado VIGICARDIO – que estudou “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações”, realizado no município em 2011, caracterizado como estudo de base populacional com indivíduos de 40 anos ou mais residentes na área urbana do município, encontrou prevalência de HA de 55,9% para esta faixa etária (SOUZA et al., 2013).

O Município segue as orientações do protocolo do MS, de 2006, intitulado Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde, da série Cadernos de Atenção Básica. Estas orientações estão focadas na detecção precoce e no acompanhamento dos indivíduos com HA.

A detecção do indivíduo com HA pode ser realizada nas seguintes oportunidades: rastreamento, visita domiciliar e busca espontânea da unidade. Indivíduos com idade superior ou igual a 20 anos, com excesso de peso e/ou antecedente familiar com HA e/ou DCV, cerebrovascular ou vascular periférica, constituem indivíduos com indicativo de risco para HA e cabe à equipe de saúde realizar ações individuais ou coletivas direcionadas para sua detecção, investigação nas visitas domiciliares e também na busca espontânea pela UBS (BRASIL, 2006).

Para o MS (BRASIL, 2006), a PA é considerada acima dos limites de normalidade quando a PA sistólica for igual ou maior que 140mmHg e PA diastólica igual ou maior que 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicamento anti-hipertensivo e, ainda, após se conhecer a PA usual do indivíduo e realizar a aferição em diferentes momentos.

Com a detecção dos supostos indivíduos com HA, deve ser realizada a avaliação inicial com exploração clínica e/ou laboratorial para se confirmar o diagnóstico, avaliar presença de lesão em órgãos-alvo, identificar fator de risco para DCV e diagnosticar doenças associadas e causa da HA, quando houver (BRASIL, 2006).

Assim que o diagnóstico de HA é confirmado, o indivíduo deve ser cadastrado pelos profissionais de saúde, no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - SIS-HiperDia.

Quanto ao acompanhamento, o protocolo prescreve que as equipes de saúde da família devem realizá-lo por meio das visitas domiciliares e das consultas nas unidades de saúde, com intervalos e frequências ajustadas, conforme classificação de risco cardiovascular. Ainda, de acordo com o protocolo, estes acompanhamentos servem para averiguar o estado de saúde do indivíduo, verificar a adesão ao tratamento proposto, atentar para complicações e discutir medidas de prevenção (BRASIL, 2006).

A assistência à pessoa com HA pela equipe multiprofissional favorece ações de promoção à saúde com ênfase nas ações de mudança de estilo de vida e correção de fatores de risco, de forma ampla, abrangendo o cuidado holístico.

3.3 CONTEXTUALIZANDO E DEFININDO A POPULAÇÃO DE ESTUDO

No intuito de identificar usuários que utilizavam exclusivamente os serviços do SUS, com HA e reconhecidos pela UBS, o presente estudo partiu do banco de dados do projeto Vigicardio da UEL, que investigou indivíduos com 40 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana do município de Cambé/PR, e identificou 177 indivíduos com HA.

A partir da listagem da população de estudo (APÊNDICE - A), foi realizada a distribuição dos indivíduos segundo adscrição por UBS do município. Com a relação das pessoas, constando nome, endereço e UBS de referência, definiu-se como critérios de inclusão, ser atendido exclusivamente pelo SUS, e concordar em participar da pesquisa. A seguir, elencaram-se três unidades com maior número de pessoas com HA e assim iniciaram-se os contatos.

Embora a amostra tenha sido intencional, a definição do número de participantes não se baseou em critérios de representatividade numérica, ou seja, não se definiu, a priori, um tamanho amostral; as entrevistas foram realizadas até o momento em que ocorreu a convergência das falas com relação ao fenômeno estudado.

Foram contatados quinze usuários, sendo que dois se recusaram a participar do estudo, totalizando treze sujeitos entrevistados.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, constituída de duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico (nome completo, endereço, UBS da sua área de abrangência, data de nascimento, sexo, idade, cor, escolaridade, ocupação atual e anterior, renda familiar e coabitação) e a segunda com a seguinte questão norteadora: **Conte-me como tem sido o seu cuidado da HA na UBS.**

A pesquisadora utilizou um roteiro de questões, que em situações de timidez ou inibição, por parte do entrevistado, fosse capaz de estimulá-lo a relatar suas experiências com as unidades de saúde e seus profissionais. As questões de apoio foram: Com que frequência utiliza os serviços da UBS? O que o motivou/levou a buscar os serviços da UBS? Em que situações procura a UBS? Quem são os profissionais que o atendem na UBS? Qual a sua opinião sobre os atendimentos prestados por estes profissionais? Quais são os fatores que dificultam o cuidado na UBS? Quais são os fatores que facilitam o cuidado na UBS? (APÊNDICE - B).

A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela sua flexibilidade e possibilita um contato mais próximo entre o entrevistador e o entrevistado, além da exploração em profundidade de todos os aspectos considerados relevantes para o estudo. O seu direcionamento pode ser ampliado, considerando sempre as necessidades de sua investigação, ou seja, dos objetivos, dos pressupostos e do objeto da pesquisa (MANZINI, 2003).

Foram selecionadas UBS que possuíssem características semelhantes, como número de equipes de saúde da família e número de habitantes em sua área de abrangência.

Iniciamos pelas UBS com maior quantidade de pessoas com HA. Já com os usuários distribuídos por UBS, os participantes foram sorteados aleatoriamente e convidados para participar do estudo. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, procedimento executado pela própria pesquisadora.

A primeira aproximação entre a pesquisadora e os possíveis entrevistados ocorreu por meio de telefone ou visita domiciliar. Quando o contato ocorria por telefone, eram explanados os detalhes da pesquisa, feito o convite para participação, e caso fosse aceito, agendávamos data, horário e local para realização das entrevistas, respeitando disposição e disponibilidade do usuário.

Nas situações nas quais o primeiro contato era realizado diretamente no domicílio, apresentávamos os objetivos da pesquisa e, havendo o consentimento do usuário, realizávamos o processo de entrevista.

Inicialmente aplicávamos o miniexame de estado mental, e se atingissem parâmetros satisfatórios, indicando no mínimo bom estado mental, realizávamos a entrevista.

O miniexame de estado mental (MEEM) é um dos testes mais utilizados, para se avaliar o estado mental, foi validado no Brasil por Bertolucci et al. em 1994 (BERTOLUCCI et al., 1994), sendo de fácil e rápida aplicação. Ele, também, proporciona informações sobre o estado cognitivo do indivíduo, considerando sua idade e seu nível de escolaridade. O teste está organizado em sete categorias cujos objetivos são avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal, orientação espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, recordação de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação pode variar de zero a 30, indicando que quanto maior o número de pontos, melhor a capacidade cognitiva. Os indivíduos com pontuação menor que 20 quando analfabetos, e menos que 24 quando escolarizados são considerados portadores de déficit cognitivo, portanto não faziam parte da amostra da pesquisa. Neste estudo, todos os usuários entrevistados foram avaliados com o MEEM e obtiveram pontuação necessária indicando bom estado cognitivo (ANEXO - A).

As entrevistas com usuários da área de abrangência de uma UBS ocorreram até a convergência das falas com relação ao fenômeno (MINAYO, 2014). Na segunda UBS, realizamos o mesmo processo do estudo e para terceira UBS, até

que se percebeu a saturação dos discursos e que não haveria necessidade de mais entrevistas.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre os procedimentos para a coleta de dados.

Após o exame do MEEM, a dinâmica da coleta e análise de dados ocorreu caso a caso, obedecendo as seguintes etapas: contato, entrevista, transcrição da entrevista e análise dos dados. Com isto, partíamos para um novo caso, obedecendo as mesmas etapas, e assim por diante, até que se percebeu a convergência dos dados.

Foi solicitada permissão para gravar os depoimentos que duraram aproximadamente quarenta e cinco minutos, excluindo o tempo dispendido para a realização do MEEM.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise e interpretação das falas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, conceituada por Bardin (2011, p. 48) como: “Técnica de investigação por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e que tem por finalidade a interpretação *destas mesmas comunicações*”.

Na análise de conteúdo, unidade de contexto é a resposta obtida em relação ao tema, representando a parte mais ampla do conteúdo a ser analisado; as unidades de registro ou unidades de significação são as frases ou palavras significativas em relação ao tema investigado, enquanto os significados representam o material principal da análise (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo seguiu três etapas cronológicas: pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). A pré-análise consistiu no momento de aproximação com as descrições das entrevistas a serem analisadas, mediante uma organização que se processa em três fases: a leitura flutuante, início do contato com os documentos, analisando e conhecendo o texto, deixando-se influenciar por impressões e orientações; aos poucos a leitura torna-se mais precisa, devido ao surgimento dos pressupostos, definindo o *corpus* do trabalho.

Na segunda fase, foi realizada a exploração profunda dos materiais submetidos à análise dos princípios, pressupostos e referências teóricas adotados nesta investigação (BARDIN, 2011), foi o momento em que se aprofundou a leitura das falas dos indivíduos portadores de HA, obedecendo os princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação. Desta forma, os dados brutos do material foram codificados, com o propósito de identificar as categorias analíticas previamente definidas de acordo com o referencial teórico.

O tratamento dos resultados foi a última fase da Análise de Conteúdo. Neste momento, as categorias analíticas foram interpretadas e fundamentadas de acordo com a literatura pertinente, subsidiando o processo reflexivo.

A partir da vivência do usuário, analisamos a longitudinalidade do cuidado na AB, considerando as falas dos entrevistados, usuários do SUS, utilizando

o referencial teórico sobre o tema, para confrontar as posições sociais reveladas na pesquisa, com vistas a ultrapassar a mera descrição.

Com base no referencial, foram definidas as seguintes categorias analíticas e seus conteúdos:

Quadro 1 – Demonstrativo das categorias analíticas elencadas com base no referencial teórico e conteúdos. Cambé-PR, 2016.

CATEGORIAS	CONTEÚDOS
1. Identificação/reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados da AB	1.1 Utilização dos serviços de saúde 1.2 Fatores que interferem na identificação da UBS como fonte regular de cuidados 1.3 Busca de alternativas para o cuidado
2. Relação interpessoal para estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro	2.1 Confiança 2.2 Padrão de comunicação 2.3 Desafios identificados a partir das percepções dos usuários sobre a equipe

Fonte: a própria autora

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foram atendidas as normas e diretrizes que regulamentam a Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) e aprovado conforme CCAE: 37250614.1.0000.5231 (ANEXO - B).

O projeto de estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL, juntamente com os Termos de Consentimento Livre e

Esclarecido dos Participantes das Entrevistas (APÊNDICE - C) e do Termo de Confidencialidade e Sigilo (APÊNDICE - D). Os participantes receberam orientações quanto à pesquisa, quanto à necessidade de gravação delas, o sigilo das informações prestadas e a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento e, estando de acordo com a participação, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante em anexo neste projeto.

Destaca-se que, para manter o anonimato dos participantes, substituiu-se o nome dos entrevistados por: E1; E2; E3; E4; e assim sucessivamente. Os nomes próprios utilizados nas descrições das falas são fictícios.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo treze usuários que utilizavam exclusivamente os serviços do SUS, portadores de HA, todos residentes em áreas urbanas e cobertas pela ESF do município de Cambé – PR e com idade maior ou igual a 40 anos. Embora com aspectos comuns, estes usuários apresentaram características sociodemográficas distintas, conforme descritas a seguir:

E1: mulher; 61 anos; casada; casa própria; ensino fundamental incompleto; aposentada, porém ainda atua como costureira no próprio domicílio; mora com esposo; renda familiar de dois salários mínimos; descobriu que tinha HA há 10 anos em uma crise hipertensiva; mora no mesmo domicílio também há 10 anos.

E2: homem; 69 anos; solteiro; casa própria; ensino fundamental incompleto; aposentado, no entanto atua como vigilante em uma fábrica no período noturno, mora com mais oito pessoas, sendo seus irmãos, cunhados e sobrinhos; não soube informar a renda familiar total, mas sua renda é de aproximadamente quatro salários mínimos; mora no domicílio há 32 anos; há 10 anos descobriu ser hipertenso quando teve uma crise hipertensiva no ambiente de trabalho.

E3: mulher; 66 anos; viúva; casa própria; desprovida de alfabetização; não trabalha fora e recebe pensão do esposo falecido; mora com filho, porém no mesmo terreno há mais uma residência na qual mora uma filha, genro e netinho; renda própria no valor de um salário mínimo; não soube informar renda do filho pois ele atua como autônomo em serviços diversificados; descobriu ser hipertensa há 6 anos quando teve o primeiro acidente vascular encefálico (AVE); mora no domicílio há aproximadamente 20 anos.

E4: homem; 69 anos; casado; casa própria; ensino fundamental incompleto; motorista aposentado por invalidez devido sequelas de AVE; mora com esposa; renda familiar de dois salários mínimos, descobriu ter HA após um AVE há 5 anos; reside no domicílio há mais de 10 anos.

E5: homem; 55 anos; em união estável; ensino fundamental incompleto; casa própria; mora com companheira; atua como servente de pedreiro;

renda familiar de dois salários mínimos; descobriu ter HA há 2 anos por acaso, em uma pré-consulta na UBS; mora no domicílio há 9 anos.

E6: mulher; 52 anos; no momento em união estável; mora com companheiro; casa própria; ensino fundamental incompleto; não trabalha fora; impossibilitada de trabalhar por problemas de saúde relacionadas ao sistema circulatório; recebe pensão do companheiro anterior, já falecido, de um salário mínimo; descobriu ter HA há 4 anos quando sofreu um infarto agudo do miocárdio; mora no domicílio há 5 anos.

E7: mulher, 70 anos, viúva; ensino fundamental incompleto; empregada doméstica aposentada; casa própria, mora com filho, soube informar apenas sua renda que é um salário mínimo, pois o filho atua como autônomo em serviços diversos e quase não fica no domicílio; descobriu ser hipertensa há 5 anos devido a uma crise hipertensiva antes de realizar uma cirurgia ginecológica; mora no domicílio há 15 anos.

E8: mulher; 65 anos; viúva; mora só; casa própria; ensino médio completo; vendedora aposentada e recebe pensão do esposo falecido; renda familiar em torno de 3 salários mínimos; descobriu ser hipertensa há 10 anos quando teve crise hipertensiva no trabalho; mora no domicílio há mais de 40 anos.

E9: mulher; 74 anos; divorciada; ensino fundamental completo; casa própria, do lar, porém aposentada por idade, no momento mora com ex-companheiro que está acamado e se responsabilizou em cuidá-lo; no mesmo terreno há uma casa na qual reside filha, genro e dois netos; renda familiar de dois salários mínimos, no entanto filhos auxiliam com cestas básicas, produtos de limpeza e produtos para os cuidados com o pai acamado; descobriu ser hipertensa há 22 anos, quando foi submetida à cirurgia de mastectomia; mora no domicílio há 12 anos.

E10: mulher; 46 anos; solteira; casa própria; ensino fundamental completo; não trabalha fora; mora com dois irmãos; renda familiar de três salários mínimos, irmã que mora em outro município compra alguns medicamentos para o cuidado com a HA, porém não é frequente; nos momentos em que a irmã não pode auxiliar com a doação dos medicamentos, a usuário fica sem tomá-los; relata que há

28 anos descobriu ter HA, devido a inchaços nas pernas; reside no domicílio há mais de 30 anos.

E11: mulher; 61 anos; casada; ensino fundamental incompleto; casa própria; não trabalha fora; mora com esposo e um filho; renda familiar em torno de três salários mínimos; teve doenças de chagas há 15 anos e assim descobriu ser hipertensa; mora no domicílio há 30 anos.

E12: mulher; 60 anos; divorciada; ensino fundamental completo; casa própria; atua como costureira no próprio domicílio; mora só; renda de dois salários mínimos; há 17 anos descobriu ser hipertensa pois tinha coração inchado; reside no mesmo domicílio há mais de 20 anos.

E13: mulher; 62 anos; divorciada; ensino médio completo; casa própria; mora só; funcionária pública aposentada; renda em torno de 2 salários mínimos; descobriu ser hipertensa há 18 anos após crise nervosa; reside no mesmo domicílio há 33 anos.

A maioria reside há muitos anos no mesmo domicílio, sendo os intervalos de tempo entre cinco e 40 anos. O tempo de diagnóstico variou entre dois e 28 anos e as situações que evidenciaram a presença da HA foram em crises hipertensivas; em decorrência do aparecimento de DCV e outras patologias e ao acaso em uma pré-consulta.

Com base no referencial teórico, definido foi realizada a leitura e análise das entrevistas dos usuários acima descritos e para a construção e discussão dos resultados as categorias analíticas foram:

- identificação ou reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados da AB e
- relação interpessoal para estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro.

Destacamos que as dimensões do atributo do vínculo longitudinal foram descritas separadamente por Cunha e Giovanella (2011) para facilitar a sua

operacionalização e compreensão. No entanto, vale salientar que estas dimensões estão imbricadas, ou seja, conjuntamente relacionadas e, por vezes, sobrepostas. Estar vinculado a uma fonte regular de cuidados não se restringe a uma estrutura física e seus procedimentos, pois envolve também as relações interpessoais. Rizzotto (2002) reforça que, se vincular a um serviço de saúde e percebê-lo como fonte regular de cuidado, gera no usuário satisfação e segurança, pois permite se sentir aceito e próximo dos profissionais que o assistem.

4.1 IDENTIFICAÇÃO/RECONHECIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO FONTE REGULAR DE CUIDADOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Quadro 1 – Demonstrativo da categoria analítica elencada com base no referencial teórico e seus conteúdos. Cambé-PR, 2016.

CATEGORIA	CONTEÚDOS
1. Identificação/reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados da AB	1.1 Utilização dos serviços de saúde 1.2 Fatores que interferem na identificação da UBS como fonte regular de cuidados 1.3 Busca de alternativas para o cuidado

Fonte: a própria autora

Uma das formas de se verificar o atributo vínculo longitudinal consiste na ideia de que os indivíduos deveriam ser capazes de identificar sua fonte regular de cuidados na APS que, por sua vez, precisaria estar habilitada para identificar sua população adscrita. Neste sentido, os indivíduos deveriam buscar sua fonte habitual de cuidado para diferentes necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo a autora, a identificação da UBS como fonte regular de cuidados pelo usuário está diretamente relacionada com a *oferta e disponibilidade*

de serviços tanto em caráter quantitativo como qualitativo. Portanto, foram definidos como conteúdos a utilização dos serviços de saúde, fatores que interferem na identificação da UBS como fonte regular de cuidados e a busca de alternativas para o cuidado.

4.1.1 Utilização dos Serviços de Saúde

O reconhecimento de uma fonte regular de cuidados implica tanto na maneira como o usuário percebe a UBS como também na condição de como a UBS identifica e reconhece sua população adscrita.

A adscrição de clientela, fundamentada pela definição de área de atuação e cadastro de sua população, tem sido uma estratégia da AB, que possibilita que a UBS seja reconhecida como fonte regular de cuidados. A PNAB (BRASIL, 2012a) prescreve que, agindo desta forma, os serviços devem se organizar de acordo com as necessidades de saúde de sua população e áreas de risco em seu espaço geográfico. Assim, no contexto das entrevistas realizadas, observamos a potencialidade da longitudinalidade na APS quando questionado assuntos referentes à utilização da UBS. Percebemos que a busca de cuidados não se restringe somente à assistência da HA como as consultas médicas, aferição de PA e obtenção de medicamentos, conforme o protocolo estabelece (BRASIL, 2006).

Outras atividades, como as relacionadas à vacinação, às ações de saúde bucal, às voltadas à saúde da mulher, realização de exames complementares e ações de promoção da saúde como grupos de caminhada e palestra, também foram referidas pelos entrevistados.

Os depoimentos a seguir são exemplos destes comportamentos:

Eu participo de um grupo de caminhada. Todo dia de manhã tem um grupo de "jovens" de 80 anos. Sei que tem palestra também, mas eu nunca fui. E2

Eu vou ao dentista, tomo vacina e uma vez por ano eu faço preventivo de câncer de mulher. E6

Tais fatos reforçam o conceito de Starfield (2002) acerca do atributo da longitudinalidade no que se refere à identificação/reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados e local de apoio para atendimento de diversas

necessidades de saúde do usuário, como os de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, neste caso não específico, apenas para a HA.

Para que o usuário possa identificar e reconhecer a UBS como fonte regular de cuidados, é fundamental que os serviços de saúde estejam organizados, ofertando e disponibilizando adequadamente suas ações e programas de intervenções frente às necessidades de saúde do usuário.

Há de se afirmar que, com a implantação da ESF, houve ampliação da oferta de atividades da APS no contexto nacional. Por outro lado, a prática desta estratégia quanto à adscrição das áreas de abrangência não permite escolha por parte do usuário ou pelo serviço (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Para que os princípios do SUS sejam efetivos, é necessário que os serviços de saúde estejam organizados para atender à população, respeitando os atributos da APS de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Das ações prescritas, especificamente para o cuidado com a HA, os usuários entrevistados relataram realizar na UBS: aquisição de medicamentos, aferição de PA, verificação de peso, consultas médicas com diferentes intervalos de retorno, coleta de exames laboratoriais, atividades coletivas como grupo de caminhadas e atividades relacionadas com a promoção da saúde como palestras; e, no domicílio, houve visitas da equipe de saúde, coleta de exames laboratoriais e aferição de PA.

4.1.2 Fatores que Interferem na Identificação da Unidade Básica de Saúde como Fonte Regular de Cuidados

Os entrevistados apontaram alguns fatores que interferem na identificação da UBS como fonte regular de cuidados. As dificuldades para a utilização da AB relacionadas ao modo como os serviços estão organizados são falta de recursos, demora no atendimento, falta de oferta de serviço, excesso de burocracia e problemas de relacionamento com os profissionais.

Há, também, os motivos de ordem de gestão e de gerenciamento. Dentro do contexto do SUS, gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracteriza como prestador de serviços do SUS, e por gestão a atividade e a responsabilidade de

comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

As dificuldades para a utilização dos serviços de saúde relacionados com a gestão dos serviços estão presentes nas seguintes declarações:

Eu acho que a falta de recursos como funcionários, medicamentos e outros materiais é devido à falta de organização dos gestores. E2

Se hoje eu chegar para marcar uma consulta com o clínico geral terá vaga só para daqui um mês. E7

Ainda percorrendo os obstáculos que limitam a utilização dos serviços de saúde, porém no campo da gerência das UBS, os usuários revelaram as seguintes vivências:

[...] eles não dão mais [medicamento] no postinho...aqui no postinho era muita gente, não estava dando certo, faltava remédio, [...] Mas aí eu vou na cidade, na farmácia. E9

Meus remédios não têm no posto [...] eu compro na farmácia [...] E6

Só para medir a pressão é uma burocracia grande, tem que pegar prontuário, anotar e isso demanda tempo. E12

Dentro deste contexto, ainda de ordem gerencial mas também no campo das relações interpessoais, outros fatores que interferem no uso dos serviços de saúde consistem na maneira como os usuários percebem o comportamento e as atitudes dos profissionais na UBS:

Tem uma menina que me atendeu muito mal, de forma grosseira e desrespeitosa e eu fiquei bem magoada, aí quando eu preciso ir no posto eu sempre procuro outro funcionário que não seja ela. E3

O médico pediu para eu medir minha pressão sempre, um dia eu fui alguns minutos antes de fechar o posto e as meninas não quiseram me atender. E6

As considerações descritas acima podem também ser classificadas, segundo o referencial teórico, como pertencente à dimensão da longitudinalidade

denominada *relação interpessoal para estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro*.

4.1.3 Busca de Alternativas para o Cuidado

Visando encontrar respostas para suas necessidades de saúde em virtude das mais diversas dificuldades enfrentadas, como falta de oferta e disponibilidade dos serviços de saúde, os usuários recorrem a diversas alternativas em busca do cuidado.

Devido às demandas das UBS, com aglomeração de pessoas e conseqüentemente demora nos atendimentos, a alternativa escolhida pelos usuários consiste na busca de cuidados em períodos de menor fluxo na UBS.

Pra verificar a pressão, [...] eu faço assim [...] eu vou no postinho na hora do almoço, que é a hora que tem menos povo, está mais tranquilo lá, né? E12

No entanto, os usuários entrevistados que têm o SUS como única fonte de assistência à saúde, além das UBS, procuram obter cuidados em serviços alternativos, conforme percebemos neste depoimento “*Costumo medir a pressão quando vou na farmácia popular buscar meus remédios. O posto é longe de casa e a farmácia fica mais perto*” E7.

Ainda, referente a outras possibilidades de manter o cuidado da HA, a aferição da PA, procedimento recomendado para controle e avaliação do tratamento, não tem sido procedimento exclusivo das UBS. Com a facilidade de aquisição dos monitores digitais de verificação dos níveis pressóricos, valores acessíveis para compra e facilidade em manuseá-los, muitos usuários adquiriram seus próprios aparelhos, como se constata nestes depoimentos:

Para ser bem sincero teria que ir uma vez por semana para medir, mas não vou. Minha irmã tem aparelho [de aferir pressão arterial]. De vez em quando ela vem aqui e verifica. E5

Eu comprei o medidor, pois ir todo dia no postinho era desanimador [...] pegava sol, chuva e subida [...] isso cansa a gente. É fácil de medir com o aparelho, e só apertar o botão [...] e nem preciso sair de casa. E8

Nesta perspectiva, Schimith e Lima (2004), Traverso-Yopez e Morais (2004) e Schwartz et al. (2010) afirmam que o reconhecimento da UBS como fonte de cuidado está diretamente relacionado com as facilidades de acesso aos serviços de saúde.

Estudos como os de Silva et al. (2013) e Osorio, Servo e Piola (2011), com o intuito de conhecer os motivos que interferem na utilização dos serviços de saúde na visão do usuário, também apontaram como barreira de acesso as limitações e as falhas do sistema de saúde como o tempo de espera e a falta de profissionais ou serviços. Outro fator relatado pelos usuários para a utilização dos serviços públicos de saúde como a UBS é a falta de recursos financeiros, alegando que os serviços particulares ou conveniados são mais ágeis e, na maioria das situações, permitem a escolha dos profissionais que irão assisti-los *“se eu tivesse dinheiro, não dependeria da unidade de saúde. Aqui tudo é mais complicado e demorado [...] precisa melhorar muita coisa”* E3.

Estes problemas apontam deficiências na oferta e na disponibilidade dos serviços de saúde que estão diretamente relacionadas à acessibilidade e à organização dos serviços.

A acessibilidade associa-se às condições de vida, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; aos profissionais qualificados para a assistência e remunerados adequadamente; às instalações equipadas e bem estruturadas para atender as diversas demandas de serviços e com espaço para que os usuários possam interagir com a equipe de profissionais.

Travassos e Martins (2004) e Fekete (1995) consideram a acessibilidade como grau de ajuste entre as barreiras na procura e no alcance dos cuidados (resistência) e a capacidade de enfrentamento da população para superar tais barreiras (poder de utilizar).

Para Fekete (1995), a acessibilidade depende de uma associação de fatores de diferentes dimensões, classificadas como geográficas, organizacionais, socioculturais e econômicas.

Segundo a concepção de Fekete (1995) sobre as dimensões de acessibilidade, a de ordem geográfica remete-se à distância média entre a população e os recursos de saúde. Pode ser mensurada mediante as distâncias entre regiões e suas características físicas como presença de morros, rios e estradas que interferem no acesso da população. Todavia, não se restringe a tal

peculiaridade. O tempo dispendido nos deslocamentos, independente do meio de transporte e os períodos de espera entre o reconhecimento do usuário de suas diferentes necessidades, busca de serviços e resolutividade também fazem parte desta dimensão.

A autora reforça que residir próximo de uma unidade de cuidado não garante a utilização de seus serviços, pois alguns fatores como credibilidade do serviço, preferência por médicos e/ou outros profissionais, horários de funcionamento podem interferir neste tipo de acessibilidade.

Outro aspecto relevante é que as dimensões de acessibilidade não podem ser definidas distintivamente, pois ocorrem de formas inter-relacionadas.

Experiências vivenciadas pelos usuários que exemplificam a acessibilidade geográfica estão presentes nestes depoimentos:

Tanto a farmácia como o posto de saúde ficam perto de casa [...] eu prefiro o posto pois pego meu remédio, marco consulta, falo com as meninas de lá [...] E9

Pego meus medicamentos na farmácia popular. A farmácia fica mais perto que o posto de saúde. E11

Olha, o posto é aqui do lado de casa, faz anos que moro aqui. Não gosto do atendimento de lá, tudo é muito corrido, muita gente conversando na sala de espera. Eu vou lá rapidinho, pego meu remédio, e corro para casa [...] E12

Na pesquisa em questão, os usuários sinalizaram outras dificuldades que se caracterizam como acessibilidade organizacional. Conforme Fekete (1995), esta dimensão refere-se ao modo de organização dos recursos de assistência à saúde e à presença de barreiras tanto na entrada como no interior da UBS, como o tempo de espera para ser atendido (a partir do instante em que surge a decisão de procurar os serviços de saúde), formas de agendamento, períodos de funcionamento e obstáculos na continuidade do cuidado.

Os obstáculos relatados pelos entrevistados baseiam-se na queixa de demora para obter uma consulta e no tipo de agendamento, como afirmam os relatos:

Para marcar consulta por exemplo com uma ginecologista. Eu estou com exame para mostrar para o ginecologista faz 4 meses e não consigo agendar com a médica pois tem que chegar cedinho, quase

de madrugada para pegar uma vaga. Às vezes chove e molha todo o povo que fica na fila esperando o posto abrir. E3

Se hoje eu chegar para marcar uma consulta com o clínico geral terá vaga só para daqui um mês. E7

Eles não atendem idosos e crianças antes dos demais. A gente tem que esperar muito, junto com todo o povo [...] sou já de idade [...] E9

[...] eles não dão mais [medicamentos] no postinho [...] aqui no postinho era muita gente, não estava dando certo, faltava remédio, agora eu tenho que buscar na farmácia. E10

Também foi identificada nas entrevistas uma outra dimensão de acessibilidade: a econômica (FEKETE, 1995). Nesta situação, a opção de se utilizar os serviços públicos do SUS foi apontada como dificuldade de ordem econômica e, desta forma, como única opção de obter cuidados à saúde. O depoimento a seguir expressa esta questão:

Se hoje eu chegar para marcar uma consulta com o clínico geral terá vaga só para daqui um mês. Como eu não tenho dinheiro para ir nos atendimentos particulares e nem mesmo convênio, eu tenho que esperar todo este tempo no SUS. Tenho pressão alta e sei que preciso cuidar por toda a vida da minha saúde. E8

Assim, embora tenha havido ampliação da oferta da AB na quase totalidade dos municípios brasileiros, segundo Cunha e Giovanella (2011), devido aos incentivos governamentais para a inserção da ESF, ainda se faz necessário superar dificuldades para que a população adscrita reconheça as UBS como fonte regular de cuidados.

Um aspecto relevante encontrado nas vivências relatadas foi a prática de tratamento medicamentoso por todos os entrevistados. Verificamos nas entrevistas, a importância que os medicamentos ocupam para o controle da HA, comportamento justificado por Lefèvre (1991) que defende a simbologia dos medicamentos.

Em relação ao tratamento medicamentoso, desde 2004, fundamentado na Política Nacional de Assistência Farmacêutica implantada pelo MS, por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 que regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, alguns medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de HA, DM e asma têm sido fornecidos de forma gratuita e/ou abaixo do custo por farmácias comerciais, farmácias e drogarias privadas e conveniadas

vinculadas ao Programa Aqui tem Farmácia Popular (PATFP) (BRASIL, 2004a, 2004b).

No município de Cambé, as alternativas de acesso à assistência farmacêutica, além das UBS, têm sido apreciadas pelos usuários que utilizam exclusivamente os serviços do SUS, justificando a facilidade no acesso geográfico como indica o depoimento *“eu pego na “farmácia popular” [...] é pertinho de casa, fica mais perto que o posto de saúde”*. E11

Os usuários procuram as farmácias e drogarias também pelo fato de que, além da aquisição de medicamentos, podem aferir a PA, e ainda há alguns estabelecimentos que realizam entrega no domicílio:

Quando o médico pede para medir mais vezes a pressão eu vou na farmácia que é bem mais pertinho. Lá tem menos gente que o posto de saúde e por isso não demora muito. E3

[...] e também se a gente não puder ir, a gente liga lá [na farmácia] e eles trazem os remédios. E7

A busca de medicamentos nos estabelecimentos farmacêuticos comerciais, na opinião de todos os usuários, foi considerada fator facilitador de acesso e comodidade para o tratamento da HA. Isto se deve ao número de farmácias distribuídas por todo município e à possibilidade de diminuição de distâncias, à comodidade para se aferir PA, verificar peso corporal e menor tempo de espera nos atendimentos. Dessa forma, a farmácia passa a ser um ponto de atenção importante para o usuário do SUS.

Petris (2014), ao analisar o acesso aos medicamentos para o controle dos fatores de risco cardiovascular, indicou boa acessibilidade aos produtos propiciada pela capilarização de sua distribuição na rede municipal de saúde e pelo fornecimento deles pelas farmácias privadas conveniadas ao PATFP.

Porém, questiona-se o quanto a longitudinalidade do cuidado na AB proposta pelo MS interfere na disponibilização dos medicamentos em outros locais que não a UBS. Se por um lado ampliou-se o acesso ao tratamento da HA, gerando satisfação no usuário, por outro, a diminuição da frequência de contato com a UBS deve ser considerada na continuidade do cuidado. Na prática, tanto as farmácias comerciais como as UBS são locais que oferecem possibilidades de tratamento do indivíduo com HA. No entanto, a longitudinalidade do cuidado pode ficar fragilizada,

caso as UBS não estabeleçam estratégias de comunicação para o acompanhamento e o monitoramento de sua população hipertensa adscrita.

É importante que a UBS, enquanto ordenadora do cuidado, encontre estratégias de ampliar o diálogo com estes pontos de atenção para que possa acompanhar e monitorar a sua população adscrita.

Embora a AB tenha passado por processos de ampliação e reorganização dos serviços, principalmente após a implantação do SUS, notamos a necessidade de repensar como estes serviços têm sido estruturados.

Com intuito de oferecer assistência integral aos usuários, foram implantadas várias iniciativas e programas pelo MS, no entanto, embora essas ações tenham os mesmos propósitos, elas têm sido desenvolvidas de forma isolada.

Exemplo vivido por Cambé e vários outros municípios brasileiros na vigência do PATFP que, segundo os usuários, ampliou o acesso para o cuidado de saúde e facilitou a adesão ao tratamento, que até então era realizado apenas pela UBS.

Neste contexto, a Coordenação do Cuidado, outro atributo da APS, também se mostra fragilizada, devido à ausência de integração entre as instâncias de cuidado acima citadas, uma vez que tal atributo:

Pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. (STARFIELD, 2002, p. 365).

Inferimos com base nos resultados que para o usuário reconhecer a UBS como fonte regular de cuidados há necessidade de melhorar a acessibilidade ao serviço e superar a fragmentação com integração entre os pontos de atenção.

4.2 RELAÇÃO INTERPESSOAL PARA ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO TERAPÊUTICO DURADOURO

Quadro 1 – Demonstrativo da categoria elencada com base no referencial teórico e conteúdos. Cambé-PR, 2016.

CATEGORIA	CONTEÚDOS
2. Relação interpessoal para estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro	2.1 Confiança 2.2 Padrão de comunicação 2.3 Desafios identificados a partir das percepções dos usuários sobre a equipe

Fonte: a própria autora

As relações interpessoais entre usuários e profissionais devem consistir em contatos físicos harmoniosos e imprescindíveis para o estabelecimento de vínculo duradouro (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Haggerty et al. (2003) e Saultz (2003) compreendem que o vínculo duradouro é representado por uma relação terapêutica ao longo de um período. Esta relação interpessoal entre o usuário e os profissionais de saúde é espaço para que se origine e se fortaleça a confiança a responsabilidade.

Usuário/comunidade, profissional/equipe, padrão de comunicação e como se processa o trabalho em saúde são elementos com características próprias, mas quando associados, permitem, ou não, o estabelecimento do vínculo duradouro (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

As equipes de saúde da família têm papel fundamental no estabelecimento do vínculo, com ações desenvolvidas desde o acolhimento com a realização da escuta qualificada das necessidades de saúde do usuário e intervenções de cuidado, necessárias para o atendimento humanizado.

Os conteúdos abordados nesta categoria são: 1) *confiança*; 2) *padrão de comunicação* e 3) *relação com a equipe de saúde*. Tais assuntos também se constituem como fatores que interferem no estabelecimento de vínculo duradouro

e não devem ser considerados de maneira isolada, visto que um serve de base para o outro, estando intimamente imbricados.

4.2.1 Confiança

A palavra *confiança*, de acordo com o dicionário Houaiss (2009), significa crença na probidade moral, na sinceridade afetiva, nas qualidades profissionais; crença de que algo é bem-feito ou forte o suficiente para cumprir sua função, crença ou certeza de que suas expectativas serão concretizadas; esperança; concórdia, segurança mútua.

Dessa forma, Lewis e Weigert (1985) interpretam confiança como fruto de relações interpessoais que envolvem afeto, respeito, interesse, sendo considerado o suporte de qualquer relacionamento afetivo e fator de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações. Implica em escolhas e consequências.

Eu e minha filha conhecemos bem a enfermeira chefe de lá e qualquer coisa ou dificuldade a gente tem liberdade para falar com ela. A médica que vem me visitar aqui em casa é bem agradável e tem paciência, principalmente com os idosos como eu. A gente conhece há anos a equipe que trabalha na rua, tem o João, a Mara e a Maria, são amigos da gente. E4

Sabe, tem uma menina lá [UBS], que é diferente das outras. Ela atende a gente com carinho, tem paciência, às vezes eu chamo ela no cantinho para falar das coisas de mulher. De todas, é ela quem eu procuro quando vou lá. E5

Tem uns médicos que a gente fica ressabiado. A gente nem entra no consultório direito, nem fala tudo que tem que falar e ele já dá receita. Fico com medo, sei que ele tem faculdade, mas precisa ver certinho [...] fico preocupado. E9

Os depoimentos acima sinalizam sentimentos que expressam a confiança ou não na relação entre usuário e profissionais como: conforto, liberdade, paciência, carinho, respeito, privacidade, desinteresse, dúvida.

Para Morrow Junior, Hansen e Pearson (2004) e Scholze, Duarte Junior e Silva (2009), confiar ou não em alguém ou algo, implica em julgamentos baseados em informações. A subjetividade permite classificar situações ou momentos em “boas razões” ou “não”. Deste modo, os sentimentos nas relações

interpessoais conseqüentemente influem, de forma direta, na construção da confiança.

Compreendemos por confiança, o sentimento interpessoal gerado a partir de relações de afetividade entre o usuário e o trabalhador da saúde. Por meio da confiança, permite-se a criação de vínculos e assim o desenvolvimento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012a).

Para se estabelecer relações de confiança, são necessários encontros e tempo. Segundo Schimith e Lima (2004) e Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz (2008), este tempo depende da forma como acontecem os contatos entre os profissionais e os usuários. Nas possibilidades de contato, é imprescindível que o profissional esteja disponível para escutar o usuário, atentar para suas necessidades e propor estratégias para o cuidado.

Sob o mesmo olhar, Baralhas e Pereira (2011), com foco nas atividades do agente comunitário de saúde (ACS), identificaram que a credibilidade do profissional com o usuário está associada ao tempo de serviço, ou seja, com o passar do tempo de convivência entre as partes, o vínculo pode se constituir de forma mais sólida e verdadeira.

O tempo (longo) de moradia de um indivíduo em um mesmo espaço permite que ele se acomode no ambiente e com as pessoas que ali vivem. O tempo de moradia do usuário na área de abrangência da UBS é um fator que pode favorecer a sua aproximação com o serviço de saúde e seus profissionais em busca de respostas às suas necessidades de saúde, conforme como revelam as falas:

São 39 anos que nós moramos aqui nesta casa. A gente, eu e a família, usamos o postinho desde que ele “nasceu” aqui no conjunto [bairro] e faz mais de 10 anos que eu controlo a pressão lá. E2

Como eu moro aqui há 33 anos e uso direto o posto, eu conheço todos os funcionários e até mesmo os médicos. Eu trato elas agradavelmente porque elas me tratam assim também. E13

No entanto, o fato de o usuário residir um longo período numa mesma área de abrangência de uma UBS e estar em constante contato com a equipe de saúde, segundo Saultz (2003), nem sempre resulta em um vínculo duradouro, ou seja, não garante uma relação de confiança pessoal entre o indivíduo

e os profissionais, uma vez que o fortalecimento da confiança está associado, entre outras questões, à permanência dos profissionais no serviço pois a alta rotatividade dos trabalhadores interfere negativamente nas relações interpessoais. Como demonstram os depoimentos: “[...] Troca muito os funcionários de lá. E1 e Eu sempre vejo cara nova lá [na UBS]” E9.

Estudo realizado por Cunha (2009), nos municípios de Camaragibe e Belo Horizonte, respectivamente nos estados do Recife e de Minas Gerais, também apontou a alta rotatividade de profissionais como obstáculo para a formação de vínculo.

4.2.2 Padrão de Comunicação

A comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio e longo prazo (STEFANELLI, 1993).

O processo da comunicação é aprendido e pode ser influenciado por atitudes, experiências, conhecimento, características culturais e étnicas, habilidades de relacionamento pessoal e fatores ambientais. O processo de comunicação objetiva a transmissão de mensagens, e esta é formada por seis componentes: emissor, receptor, mensagem, canal, código e referente (JAKOBSON; BLIKSTEIN; PAES, 2008).

Comunicar-se compreende não apenas o movimento linear de uma fonte ao receptor, mas o processo de partilha de ideias, atitudes e emoções (VANOYE, 2007). A forma como as pessoas se comunicam, independentemente, se verbalmente ou não verbalmente, pode resultar em diversos tipos de experiências.

Um processo de comunicação harmonioso e efetivo entre emissor e receptor permite gerar satisfação e segurança ao usuário, pois ele se percebe aceito e próximo dos profissionais. Tal como nos revelam estes entrevistados:

[...] eu gosto do atendimento [da UBS] porque “as meninas” atendem bem, elas falam na linguagem da gente. E1

Para mim, toda vez que vou lá [...] fui bem atendido. Eu converso com elas com bastante educação e elas me tratam muito bem. E2

Por outro lado, a comunicação pode ser conflituosa e ineficaz, gerando interpretações modificadas da original e mal-estar entre os interlocutores como expressaram os entrevistados:

Tem uma enfermeira morena que eu tenho mágoa dela, ela trata nós os pacientes muito mal. Quando eu vou no posto eu rezo para que ela não me atenda. Fico torcendo para ser atendida por outra funcionária, acho que peguei birra dela. E2

Tem uma menina que me atendeu muito mal, de forma grosseira e desrespeitosa e eu fiquei bem magoada, aí quando eu preciso ir no posto eu sempre procuro outro funcionário que não seja ela. E6

Somente a comunicação verbal não é suficiente para manter uma relação duradoura. A expressão de pensamentos, por meio de análises de tons de voz, postura física e comportamentos, é ponto importante para se identificar a maneira como está acontecendo a interação entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2002, p. 297).

Algumas formas de comunicação não verbal dos profissionais no trabalho, por mais que os serviços ofertados sejam de qualidade, podem fragilizar ou até mesmo interromper os tratamentos com a saúde de um indivíduo.

As situações vivenciadas pelos usuários nas UBS relacionadas à comunicação não verbal propiciaram a formação de imagens negativas em relação a alguns profissionais, gerando inquietações e desconforto, como se percebe nestes depoimentos:

A gente chega na recepção e não tem ninguém para atender porque estão todos na salinha do café e de porta fechada. Ouve-se aquelas gargalhadas, eu sei que todos têm direito de descansar um pouquinho durante o turno de trabalho, mas por mais ou menos 15 minutinhos. Já fiquei quase meia-hora esperando na recepção sem ser atendida. E7

Sei que não se deve trazer problemas particulares para o serviço, mas têm muita menina atendendo de cara feia, sei lá que o acontece... até parece que o atendimento é um favor que ela tem que dar para os pacientes. Se não quer atender, então porque escolheram ser enfermeiras? Enfermeiras têm que cuidar dos pacientes com carinho, com amor e com responsabilidade. E8

Perante as experiências relatadas pelos usuários e as atitudes dos profissionais da AB, e para o enfrentamento destes comportamentos, destaca-se a

necessidade de discussão sobre o processo de trabalho entre gerência e equipes para analisar como este trabalho tem sido estruturado e praticado, e como tem sido percebido na visão do usuário, caracterizando o que se denomina EPS.

Neste sentido, reitera-se a importância do movimento de EPS para a recomposição das práticas de formação, atenção e gestão, com organização do cotidiano de cuidados às pessoas, a partir de uma política de valorização do trabalho e do trabalhador (BRASIL, 2007).

4.2.3 Desafios Identificados a Partir das Percepções dos Usuários Sobre a Equipe

Como forma de se reorganizar a atenção à saúde, foi implantado a ESF, com objetivo de assistir o indivíduo e a família de forma integral e contínua e não mais apenas na doença, desenvolvendo ações para promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação individual e coletiva em seu contexto ambiental e social. Neste modelo, é valorizada a humanização do cuidado e os aspectos para além de um corpo físico. Atividades de acolhimento, escuta-ativa, relações interpessoais com formação de vínculos e espaço para discussão entre usuários e profissionais sobre o cuidado são previstas como estratégias para melhorar a qualidade de vida da população.

Este modelo “humanizado e participativo” de atenção veio substituir o modelo medicocentrado, orientando a reorganização dos serviços e os processos de trabalho com a participação da equipe de saúde e a população (ROSA; LABATE, 2005; BARBOSA et al. 2013).

O modelo biomédico de atenção, inspirado no modelo de ciência positivista defendida por Galileu, Descartes e Newton no século XIX, e pelas ações de enfrentamento da epidemia de peste negra na Europa no fim da Idade Média, consiste em perceber o homem como corpo físico e aglomerado de peças

“Este tipo de atenção foi caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (CUTOLO, 2006, p. 16).

Trindade e Pires (2013), observando modelos de atenção à saúde em três municípios do estado do Rio Grande Sul, apontaram a forte influência da biomedicina, mesmo quando há intenção de mudança, como é o caso da ESF e

identificaram fragilidades nos serviços como a falta de acolhimento, foco nas doenças e nas consultas médicas, excesso de burocracia e problemas no relacionamento interpessoal envolvendo usuários, famílias e profissionais.

Assim como os municípios gaúchos, a realidade encontrada em Cambé também é influenciada pelo modelo biomédico, porém com movimentações na busca de uma assistência voltada para assistência integral do cuidado. Os relatos indicam tal fato:

Eu não gosto de ir no posto ver a pressão. Elas demoram muito para atender, falam que precisa “acalmar o sangue” ou abaixar a pressão mas nunca me disseram por causa de quê? Aí dá o tempo e ela chama na salinha, e escreve nos papéis, um monte deles. E1

Eu só vou no posto quando estou mal. Aí consulto com o médico, tomo os remédios e pronto [...] E10

Por diversas situações os usuários buscam auxílio nos serviços de saúde. Os profissionais envolvidos neste cuidado têm como atribuição, neste nível de atenção, reconhecer problemas, necessidades ou preocupações do usuário, levantar possível(is) diagnóstico(s), sugerir o manejo adequado para o equilíbrio do seu estado de saúde. O usuário, por sua vez tem autonomia para acatar ou não as sugestões e recomendações fornecidas pelos profissionais que o acolheram. A adesão e o desfecho positivo do cuidado de sua saúde estão intimamente relacionados a esta interação entre quem cuida e quem é cuidado.

Rizzotto (2002) complementa que o vínculo implica em estabelecer relações estreitas e tangíveis e que todo o sofrimento alheio permite sensibilização. Sentir que está sendo cuidado e perceber que o profissional busca o seu bem-estar, são condições para a formação e fortalecimento desta relação. Contudo, neste contexto, é preciso ter cautela, pois esta vivência pode ser compreendida como dependente. Tal relação tem como meta a educação e o estímulo do usuário para se autocuidar e assim conduzi-lo para sua autonomia.

Sabe, lá no posto tem umas meninas que parece que se importam com a gente [...] se preocupam se eu estou tomando meus remedinhos certinhos. Quando eu demoro para ir no posto, elas ficam perguntando por causa de que eu sumi. Como é que elas sentem minha falta, né? Mas eu falo para elas: olha se eu não vim é porque eu estou bem. E11

Starfield (2002) compreende que, para que ocorra uma relação de longa duração na AB ou mesmo em outros níveis de saúde, é necessário que ambas as partes, usuários e profissionais, estejam confortáveis em seus encontros e nem sempre isso ocorre.

Tem umas meninas que parece que a gente se conhece faz tempo. A funcionária Flor, por exemplo, é tipo amizade. A gente brinca uma com a outra, mas quando tem que falar sério, essas coisas, a gente fala sério. Com a saúde a gente não se brinca, né? E7.

Porque a gente não tem essa intimidade para conversar com eles [profissionais da UBS]. E8

Ainda para Starfield (2002), a comunicação é imprescindível para a transmissão de informações. Em situações ideais, a conexão desta comunicação está baseada no contexto no qual os profissionais deveriam questionar os usuários para esclarecer acerca de suas necessidades de saúde e informá-los sobre diagnóstico e plano terapêutico; já os usuários deveriam oferecer informações sobre seu estado de saúde e suas preocupações, questionar os profissionais sobre aspectos de seu diagnóstico e discutir sobre os possíveis planos terapêuticos.

A utilização de ferramentas estratégicas, como a escuta ativa ou acolhimento, no processo de trabalho pelos profissionais de saúde, pode influenciar nas relações interpessoais entre o usuário e profissional.

Em meio às relações interpessoais, considerar os problemas relatados a partir da observação/vivência do próprio usuário permite demonstrar interesse e a busca de resolutividade de suas necessidades de saúde por parte do profissional.

Confiar na equipe é resultado de relações interpessoais contínuas e qualificadas, a partir de situações nas quais o usuário se direciona aos serviços na busca de soluções de suas necessidades de saúde e tais serviços atendendo-as de forma parcial ou total, gerando um sentimento de segurança e permitindo o fortalecimento do vínculo.

Nem sempre é possível que a AB solucione de imediato os problemas vivenciados pelo usuário. No entanto, a forma como é conduzida a resolução das demandas que se apresentam, inclusive os encaminhamentos para

serviços de maior complexidade, confere visibilidade ao compromisso da AB na busca de soluções para as privações, que muitas vezes não se referem à saúde.

Alguns depoimentos apontam a percepção dos entrevistados quanto ao compromisso dos profissionais em resolver situações de maior gravidade, mostrando interesse e procurando ser resolutivos com o usuário ao realizar encaminhamentos para outros níveis de atenção. Conforme sinalizam os depoimentos:

Quando eu vou medir a pressão e ela está meio altinha, as meninas já me passam pelo médico. E2

Eu vi que o tratamento da pressão aqui no posto não estava dando certo, aí eles mais que depressa me encaminharam para o especialista lá no HC [Hospital das Clínicas]. E8

Eu cheguei passando mal e com a pressão alterada, como não tinha médico naquela hora, elas já ligaram no PAM [Pronto Atendimento Médico], chamaram a ambulância e eu fui encaminhado para o “postão”. Com a cartinha, lá eles me atenderam rápido. E12

A subjetividade, realidade psíquica, emocional e cognitiva do profissional que se manifesta individual ou coletivamente, tem influência nas relações interpessoais, indiferente da categoria a qual pertence. Alguns entrevistados alegaram perceber diferenças entre os profissionais que fazem parte da equipe, como refere o depoimento:

Como é que pode, né? Tem tantas enfermeiras e cada uma atende de uma maneira. Ninguém quer ser mal atendido, pois se a gente procura o posto é porque está precisando. Tem umas meninas que parecem que nasceram com o dom e outros que nem sei o que está fazendo ali. Se não quer trabalhar, então dá o lugar para quem quer. E12

Identificar e/ou reconhecer ou não os profissionais que compõem a equipe de saúde colabora na criação de laços e fortalecimento das relações.

As equipes de saúde da AB no município de Cambé são constituídas por médicos, equipe de enfermagem, ACS, odontólogos, técnicos de higiene dental, recepcionistas, zeladores e também os que integram o NASF como farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e assistente social.

O médico, dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde, foi a categoria mais lembrada pelos usuários.

[...] consultei com o Dr. Alcides, meu médico lá que atende a gente
E2

[...] tem a médica, Dra. Cândida, que me atende no posto. E6

Doutor Pedro Paulo, Doutor Alcides. Pelo menos esses dois Médicos que me atendem ali, são uns Médicos muito bons. Doutor Alcides quando pega férias as pessoas sentem muito a sua falta [...]. Parece que eles têm muito amor pelo povo que vai ali no Postinho. E12

Historicamente, o médico tem sido o profissional da equipe mais reconhecido pela população, assim também acontece no município de Cambé.

Pasqual, Rezende e Chirelli, 2015, em estudo realizado no município de Marília/SP, identificaram que usuárias reconhecem o profissional médico pois ele tem o poder específico de prescrever e medicar seus pacientes. Tal comportamento é esperado no modelo biomédico, em que o médico é o centro do trabalho em saúde.

Porém a valorização do médico na saúde da família, conforme aponta Ronzani e Silva (2008), pode estar associada ao tempo dispendido em cada consulta, ao fato da consulta ser centrada apenas naquele usuário e também a realização de visitas domiciliares pelo médico são oportunidades de formação de vínculos entre o profissional e o paciente.

Moraes, Campos e Brandão (2014) revelaram que os usuários compreendem a interação médico da ESF-paciente de forma positiva quando comparada aos demais profissionais médicos. As circunstâncias positivas relatadas facilitadoras para a formação de vínculo, são características do profissional, como gentileza, simpatia, personalidade e acolhimento do usuário e a qualidade clínica durante o atendimento, fato também lembrado pelo usuário E1, *“Tem o Dr. Pedro Paulo, a Dr. Cândida que são muito bons médicos. Receitam tudo certinho, atendem bem a gente”*. Tais fatores estão relacionados com o padrão de comunicação (verbal e não verbal) e também com a confiança do usuário na clínica do profissional.

Por outro lado, Caprara e Rodrigues (2004) relatam que fatores como o tipo de formação do médico e sua motivação para atuar na AB podem interferir na forma de atendimento deste. Reforça ainda que nem sempre o profissional médico é lembrado por avaliações positivas por parte dos usuários e que existe uma considerada hierarquia histórica entre este profissional e a população. Às vezes esta situação é caracterizada pela submissão por parte do usuário e pela

visão do médico como juiz e ordenador dos cuidados com a saúde. A forma de comunicação complexa, a utilização de linguagem técnica, o foco biomédico, a falta de oportunidade de escuta e ausência de discussão sobre o projeto terapêutico foram fatores descritos como dificultadores da formação de vínculo. Assim como os depoimentos expressam

Eu fico nervosa quando entro no consultório, fico com medo de levar bronca. Às vezes eu até esqueço do que ia falar para ele. O Dr. é o médico, tem estudo, sabe de tudo. E4

Às vezes não consigo entender o que o Dr. fala, ele explica certinho, mas aí depois da consulta eu peço para as enfermeiras explicar de novo. E8

Na área da enfermagem, os frequentes contatos do usuário com a classe permitem a percepção das diferentes categorias de enfermagem e suas hierarquias:

[...] dá para identificar quem são os auxiliares de enfermagem [...] E2

[...] eu sei que tem as enfermeiras e acho que auxiliares de enfermagem [...] E3

Porque tem os auxiliares de enfermagem e a enfermeira que é a chefe. E4

Que eu saiba, são as enfermeiras que tomam as devidas providências. Sei que a enfermeira chefe fica numa salinha separada. Assim, de emergência quando precisa...ela que passa o meu caso para as outras pessoas [...] E13

Pesquisas como as de Takemoto e Silva (2007), Gomes e Pinheiro (2005) e Shimizu et al. (2004) identificaram que os usuários reconhecem que os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, quando comparados aos demais profissionais de saúde que atuam na AB, dão maior abertura para conversas consideradas mais íntimas, permitem desabafos, não atentando apenas para aspectos biológicos. Revelam também que percebem na equipe de enfermagem mais comprometimento com o cuidado, fator que promove maior confiança nas relações entre eles.

Shimizu et al. (2004) realizaram um estudo para conhecer a prática do auxiliar de enfermagem que atua na ESF, identificando suas atividades cotidianas, bem como facilidades e dificuldades encontradas no seu trabalho. Os

resultados mostraram que, no dia a dia, estes profissionais são bem recebidos pela população e possuem facilidade de se entrosar com ela. O tempo de atuação na equipe de saúde da família também favorece o conhecimento das necessidades da comunidade e a criação e o fortalecimento de vínculo.

Por outro lado, sobre a identificação do profissional, os motivos identificados neste estudo que corroboram para que os usuários desconheçam os profissionais de saúde atuantes nas UBS têm sido a falta de informações das atribuições de cada membro, a alta rotatividade, a falta de identificação/apresentação do profissional pelo nome ou categoria profissional.

Os funcionários não usam crachás, aí não tem como saber o nome deles, qual o cargo que ele faz no posto. E6

As meninas já chamam, nem cumprimenta direito [...] pergunta o que quero lá [UBS]. Todo mundo usa guarda-pó branco [...] não sei quem são elas...por isso chamo todas de “menina”. E8

A PNH, tentando melhorar a qualidade da assistência e a humanização do cuidado, prescreve que “Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde [...]”. O usuário, segundo a PNH (BRASIL, 2003), tem direito de conhecer cada um dos profissionais que o atendem, bem como sua função/categoria e atribuições. No intuito de fortalecer a PNH, cabe aos profissionais se identificar e esclarecer suas atribuições ao usuário. Essas ações são essenciais para que o usuário conheça quem o está acompanhando no cuidado à sua saúde. Mesmo diante desta política, a humanização da assistência parece ainda frágil, necessitando de avanços e investimentos na área da saúde.

O ACS, profissional singular no SUS, inserido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1991, e estendido para o PSF, em 1994, é considerado o ator que propicia a formação de vínculo dos usuários com os demais membros componentes das equipes de SF (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Silva et al. (2004) e Junqueira (2005) reforçam que o termo “elo” utilizado para definir o profissional ACS justifica-se pelo fato de ele estar inserido na comunidade e na equipe de saúde, pertencendo a um só tempo a esses dois grupos. Desta forma, pode agir como facilitador na criação de vínculos e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde.

A escolha de pessoas residentes nos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o papel de ACS tem por finalidade, entre outras, de ampliar as ações de educação para a saúde por eles compartilharem o mesmo contexto social e cultural e mesmo universo linguístico do usuário. Essa partilha facilita a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e com maior adesão às recomendações médicas (NUNES et al., 2002, p. 1642).

Embora o ACS faça parte da equipe de ESF do município de Cambé e tenha suas atribuições específicas, os usuários tiveram dificuldades em identificá-lo pelo nome da sua categoria. No entanto, há relatos de conhecimento deste profissional como *“as meninas que vinham atender em casa”*, *“as meninas que passam perguntando como a gente está”*, *“as meninas que vinham entregar as guias (de consultas com especialidades)”*. Assim se expressaram os entrevistados:

Tem uma menina aqui que cuida da nossa rua e às vezes vem entregar guias e ela fala se a gente não se sentir bem é para procurar o Posto. E11

Ah, tinham umas meninas que vinham atender em casa para ver se eu estou precisando de alguma coisa, marcar consulta, ver mesmo se a gente precisava de alguma coisa, mas eu não sei quem são [...] E12

O desconhecimento da categoria profissional ACS pelos usuários difere da realidade encontrada no estudo de Ronzani e Silva (2008), que identificou o ACS como o personagem mais conhecido da equipe pelos usuários.

As atividades dos ACS referidas pelos usuários atendem o que está previsto na PNAB (BRASIL, 2012a): orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. O desenvolvimento destas atividades deve considerar as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.

As atribuições do ACS devem ultrapassar as atividades citadas acima, pautando-se ainda em:

Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde [...] de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012a, p. 48-50).

Na realidade estudada, a entrega no domicílio de guias de consultas/encaminhamentos e exames foi a atividade do ACS mais lembrada pelos usuários.

Costa et al. (2013) também identificaram que a maior parte dos ACS, além de encaminhar os usuários para a UBS, agendam consultas e exames. Tais ações, de cunho administrativo, não se configuram como responsabilidade do ACS e podem estar sobrecarregando-o e diminuindo o seu tempo disponível para a realização de suas atividades específicas.

Conforme a PNAB (BRASIL, 2012a), é permitida ao ACS desenvolver outras atividades nas UBS, desde que vinculadas às suas atribuições. No entanto, cabe o cuidado para que ações individuais ou coletivas, relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, no domicílio, na UBS e em outros estabelecimentos, não sejam esquecidos ou anulados. Outra proposta é que, na oportunidade de entrega de guias no domicílio, sejam realizadas pelo ACS ações de acompanhamento da família, investigação do estado de saúde e orientações.

Quanto aos demais profissionais, os usuários souberam identificar/reconhecer aqueles que atuam na área administrativa (recepção) da unidade e também na área da limpeza (zeladoras): *Conheço a zeladora e aquelas que trabalham lá na frente, as recepcionistas E7*. No entanto, os profissionais do NASF não foram mencionados pelos entrevistados.

Os resultados obtidos quanto ao maior reconhecimento do profissional médico por parte dos entrevistados apontam para a vigência do modelo assistencial biomédico, apesar da implantação da ESF há mais de duas décadas.

Reforçam estes aspectos os resultados obtidos por Carvalho (2012) que, ao analisar a emergência e o manejo de conflitos entre trabalhadores de UBS do município de Cambé, também identificou problemas relacionados à infraestrutura e à reorganização da rede de serviços. Entre os problemas identificados a não garantia do acesso às ações e serviços, necessários à integralidade é percebida tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário. Estas questões foram interpretadas como geradoras de conflitos, com influência no processo de trabalho em saúde.

O resultado desta pesquisa aponta, desse modo, para a necessidade de adoção de práticas gerenciais que vão além da infraestrutura e reorganização dos serviços, com a inclusão de práticas voltadas à gestão do trabalho e dos conflitos que permeiam o cotidiano de trabalhadores.

Portanto, presume-se que o enfrentamento dos problemas identificados implica necessariamente em investimentos nas questões estruturais e no processo de trabalho em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários estudos apontam para a longitudinalidade como uma característica difícil de ser contemplada na AB, porém o esforço deste trabalho possibilitou identificar os seus elementos essenciais presentes no município de Cambé.

Com base nos resultados obtidos, observamos a existência do vínculo longitudinal entre o usuário com condição crônica e a UBS/profissionais do município de Cambé, embora ainda frágil. Verificamos também que as duas categorias analíticas estudadas estão imbricadas.

Quanto à dimensão de longitudinalidade e o reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados, foi observado que os usuários utilizam a UBS, mas há limitações no seu reconhecimento enquanto fonte regular do cuidado, pois os entrevistados sinalizaram diferentes fragilidades tanto quantitativa quanto qualitativa nestes serviços.

A utilização da UBS pelo usuário não se restringe à assistência ao controle da HA como consultas médicas, aferição de PA e obtenção de medicamentos, mas também a utilizam para outras atividades como as relacionadas à vacinação, ações de saúde bucal, aquelas voltadas à saúde da mulher, realização de exames complementares e ações de promoção da saúde como grupos de caminhada e palestra.

As dificuldades encontradas para a utilização dos serviços estão relacionadas à falta de recursos materiais, à equipe de profissionais, à organização dos trabalhos, ao financiamento e gestão do cuidado, devido a problemas de gestão, à demora no atendimento por não priorizar grupos mais vulneráveis, à indisponibilidade por falta de oferta de serviço, ao excesso de burocracia e a problemas no relacionamento com os profissionais.

Prováveis dificuldades de gestão fazem com que os usuários busquem atendimento em outros serviços que não a UBS, como também a utilização de equipamentos próprios e ou de familiares para o controle de sua PA. Os usuários adquirem seus medicamentos na UBS de forma gratuita ou com baixo custo nos estabelecimentos farmacêuticos privados e conveniados ao MS pelo PATFP e suas campanhas.

Esta forma de ampliação de acesso foi aprovada pelos usuários devido à acessibilidade geográfica (proximidade de seus domicílios) e organizacional (agilidade no atendimento). Por outro lado, tal organização reduziu a frequência de contato com a UBS, o que pode fragilizar a longitudinalidade do cuidado na AB.

Quanto às relações interpessoais para o estabelecimento do vínculo longitudinal entre o usuário e os profissionais, verificamos que houve influência do tempo de moradia na área, alta rotatividade dos profissionais, qualidade do processo de comunicação verbal e não verbal entre usuários/equipe, permanência do modelo biomédico na AB e pela dificuldade do usuário em reconhecer as categorias profissionais atuantes e suas atribuições.

Embora, ao longo da história do sistema de saúde brasileiro e no município de Cambé, vários movimentos tenham objetivado a reorganização dos serviços, buscando o cumprimento na prática dos princípios e diretrizes do SUS, os depoimentos dos usuários apontam que a dimensão relação interpessoal apresentam fragilidades.

Sugerimos como estratégia para superar os problemas relacionados a esta dimensão, a reflexão e a reorganização do processo de trabalho.

Apesar da implantação da ESF, que visa à superação do modelo biomédico, os resultados indicam que as fragilidades do atributo da longitudinalidade na AB são influenciadas pela organização atual dos serviços, que não privilegiam a integralidade da atenção e o trabalho em equipe, com pouca ênfase na gestão e no processo de capacitação dos trabalhadores para dar conta da implementação do novo modelo assistencial.

Concluimos que exercer o atributo do vínculo longitudinal, embora esteja relacionado às práticas profissionais, depende da união dos esforços direcionados à melhoria da quantidade e da qualidade dos serviços ofertados e das estratégias de valorização dos profissionais.

Destacamos que a efetividade das ações na AB não se limita a leis, decretos ou portarias, mas à ação de protagonistas que visem as mudanças no sistema.

Os depoimentos dos usuários com doenças crônicas revelam aspectos que apontam a longitudinalidade do cuidado na AB do município. No entanto, cabe ressaltar que, apesar de diversos problemas, a AB no país acumula avanços como a implantação da ESF e a valorização de vínculos entre a UBS e

usuários. Porém, ainda é longo o caminho para a longitudinalidade do cuidado.

Cabe ressaltar que esses problemas não se restringem à realidade do município estudado. Daí a necessidade de arranjos organizacionais como proposto no Decreto nº 7508/2011 que estabelece a organização do SUS por meio das redes de atenção à saúde, arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que busquem garantir o cuidado e interferir no modelo biomédico de atenção.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a reflexão de como tem sido a longitudinalidade do cuidado, para a elaboração de novos projetos e, desta forma, fortalecer a atenção básica em saúde. Sugerimos, também, a ampliação de estudos que valorizem a subjetividade do usuário e suas experiências vividas.

REFERÊNCIAS

- ALPERT, J. J.; CHARNEY, E. **The education of physicians for primary care**. Rockville: Bureau of Health Services Research, 1973. Disponível em: <<http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015003215103;view=2up;seq=12;size=150>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart disease and stroke statistics, 2015 Update. A report from the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 131, p. e29-e32, 2015. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/131/4/e29.full.pdf+html?sid=9b9e639c-d852-4b9e-8489-89dcecd7f674>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 283-299, Jul./Sept. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/16.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- BARBOSA, G. C. et al. Política nacional de humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1- 7, mar. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização:

humanização como eixo norteador das práticas de atuação e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasil, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto5090.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004.** Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm>. Acesso em: 1 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde** Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde.** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Mortalidade:** Paraná. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pr.def>>. Acesso em: 4. dez. 2014.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. **Relatório de gestão**: período de janeiro a dezembro de 2011. Cambé, 2011.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Cambé, 2010.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Atenção Básica. **Sobre a organização da atenção básica à Saúde**. Cambé, 2014.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, July 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016.

CARVALHO, B. G. **Coordenação de unidade de atenção básica no SUS**: trabalho, interação e conflitos. 2012. Tese (Doutorado em Gerenciamento) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: MAFFEI, A. S.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2001. p. 27-53.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 113-126.

CERVO, A. L.; SILVA, R.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIORO, A.; SCAFF, A. A implantação do Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Cidadania**. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70**: a participação das Universidades e dos Municípios: memórias. Brasília, 2007.

COSTA, S. M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, s1029-s1042, 2011.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p.16-24, 2006.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: _____ . **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, v.1, p. 3-31, 1980.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. s303-s312, dez. 2005.

FARIA, L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 27, p. 173-212. jul./dez. 2006.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito sanitário**: projeto GERUS. Brasília, 1995. p. 114-120.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; Bookman, 2009.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, London, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

JAKOBSON, R.; BLIKSTEIN, I.; PAES, J. P. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 2008.

- JUNQUEIRA, M. F. P. S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 784-785, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2016.
- KEMPFER, S. S. et al. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 1066-1073, 2011.
- KERBER, N. P. C., KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, 2008.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEWIS, J. D., WEIGERT, A. Trust as a social reality. **Social Forces**, Oxford, v. 63, p. 967-985, 1985.
- LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, sept. 2006.
- MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009. p. 337-362.
- MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; SADAIO, O. (Org.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: EDUEL, 2003, v. 1, p.1 1-25.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da estratégia saúde da família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, Mar. 2014.

MORROW JUNIOR, J. L.; HANSEN, M. H.; PEARSON, A. W. The cognitive and affective antecedents of general trust within cooperative organizations. **Journal of Managerial Issues**, Pittsburg, v. 16, n. 2, p. 48, 2004.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez. 2002.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-882, mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

OSORIO, R. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3741-3754, Sept. 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA nº 513 /2014. Autoriza o repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. **Diário Oficial**, Curitiba, n. 9241, 7 jul. 2014.

PASQUAL, K. K.; REZENDE, K. T. A.; CHIRELLI, M. Q. Cuidado na Estratégia Saúde da Família: Percepções da mulher idosa. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015, Aracaju. **Atas CIAIQ2015 - Investigação Qualitativa em Saúde**. Aracaju: Universidade Tiradentes, 2015. p. 360-365.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Evaluation Program Planning**, Oxford, v. 6, n. 3/4, p.185-197, 1983.

PELISOLI, C. et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225-235, jun. 2014.

PETRIS, A. J. **Acesso a medicamentos para tratamento de fatores de risco cardiovascular**. 2014. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Ranking do índice de desenvolvimento municipal dos municípios do Brasil, 2010**. Disponível em: <<http://pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 12 set. 2015.

RADIGONDA, B. **Avaliação da atenção às pessoas com hipertensão e ou diabetes no município de Cambé-PR**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RAGGIO, A.; BARROS, E.; RODRIGUES, P. H. A. (Org.). **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009. (CONASS. Documenta, n. 18).

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 jan. 2016.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, fev. 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SANTOS, Z. M. S. A.; MARQUES, A. C. T.; CARVALHO, Y. P. Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 2, p. 298-306, abr./jun., 2013.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **The Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 1, n. 3, p. 134-145, 2003.

SCALA, L. C. N. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil: prevalência. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-155, 2014.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, dez. 2004.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, jul. 2010.

SHIMIZU, H. E. et al. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 713-720, out. 2004.

SILVA, K. L. et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, set. 2013.

SILVA, R. V. B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro. Hucitec, 2004. p. 75-90.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SOUZA, R. K. T. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, set. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: USP, 1993.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, June 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jan. 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, fev. 2004.

TRINDADE, L. L. T.; PIRES, D. E. P. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005.

VANOYE, F. **Usos da linguagem problemas e técnicas na produção oral e escrita**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WARE JUNIOR, J. E. et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation Program Planning**, Oxford, v. 6, n. 3-4, p. 247-263, 1983.

WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. **Medical Care**, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 383-392, 1988.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: COOPMED, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Continuity of care in changing health care systems**. Geneva: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Library cataloguing-in-publication data global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Lista de usuários com hipertensão arterial

	UBS	Nome do Paciente	Endereço	Telefone	Idade	Sexo	Contato: aceitou participar da pesquisa
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

APÊNDICE B

Roteiro da Entrevista

- Primeira etapa -		
1) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
1. Nome:		
2. Endereço:	Nº.:	Bairro:
3. Telefone:		
4. UBS da sua área de abrangência:		
5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
6. Data de nascimento: ____/____/____. Idade: _____		
2) DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		
1. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União estável		
2. Escolaridade:		
<input type="checkbox"/> Analfabeto		
<input type="checkbox"/> Fundamental 1 incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental 1 completo		
<input type="checkbox"/> Fundamental 2 incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental 2 completo		
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto		
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo		
<input type="checkbox"/> Ensino superior		
3. Ocupação atual: _____		
4. Renda familiar: ____ salários mínimos		
5. Coabitação: <input type="checkbox"/> Mora só <input type="checkbox"/> Mora com familiares <input type="checkbox"/> Mora com outros Número de habitantes no domicílio: _____		

- Segunda Etapa –**QUESTÃO NORTEADORA**

Conte-me como tem sido o seu cuidado da Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde.

Roteiro

Com que frequência utiliza os serviços da UBS?

O que o motivou/levou a buscar os serviços da UBS?

Em que situações procura a UBS?

Quem são os profissionais que o atendem na UBS?

Qual a sua opinião sobre os atendimentos prestados por estes profissionais?

Quais são os fatores que dificultam o cuidado na UBS?

Quais são os fatores que facilitam o cuidado na UBS?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À LUZ DA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À LUZ DA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”, a ser realizada aqui no município de Cambé. O objetivo da pesquisa é “analisar o que senhor (a) acha dos atendimentos de enfermagem para o cuidado da sua hipertensão arterial, recebidos na unidade básica de saúde.”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: serão feitas algumas perguntas de forma oral, que serão gravadas (áudio) e depois transcritas.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O material gravado será armazenado apenas por mim e depois apagado. Esclarecemos, ainda, que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: valorizar a opinião dos pacientes com hipertensão sobre os cuidados que recebem da equipe de enfermagem. O modo como os pacientes percebem os cuidados recebidos, revelando seus sentimentos e sua experiência com a enfermidade, pode favorecer uma forma subjetiva de avaliação dos serviços de saúde. Com intenção de identificar elogios, reclamações ou sugestões sobre como os cuidados de enfermagem estão sendo realizados, este estudo poderá servir como fonte de informações para reflexão do grupo de Gestão

de Saúde do Município de como está o processo de trabalho de enfermagem nas unidades básicas de saúde, o que poderá criar propostas e atividades para a melhoria na qualidade do cuidado.

Informamos também que não haverá risco de exposição ou mesmo quebra de sua integridade física ou moral, pois manteremos sigilo e preservaremos sua identidade.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: pesquisadora **Crysthianne Cônsolo de Almeida Baricati, Avenida José Gabriel de Oliveira, 915, Jardim Aurora, Londrina-PR, Telefone (43) 3371-2249 e (43) 9151-9195, email: crysconal@uol.com**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE D

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu Crysthianne Cônsolo de Almeida Baricati, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF/MF sob o nº 028.888.289-01, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À LUZ DA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL a que tiver acesso nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada por meio da apresentação da tecnologia, a respeito de ou associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema

industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre ou com as partes de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 26 de setembro de 2014.

Crysthianne C. A. Baricati
Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A

Miniexame Do Estado Mental (MEEM)

Descrição

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como teste diagnóstico, mas sim para indicar funções que precisam ser investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

Uso

Teste de rastreamento e avaliação rápida da função cognitiva

Apresentação do Exame

1. Orientação espacial (0-5 pontos):

Em que dia estamos?

- Ano
- Semestre
- Mês
- Dia
- Dia da Semana

2. Orientação espacial (0-5 pontos):

Onde Estamos?

- Estado
- Cidade
- Bairro
- Rua
- Local

3. Repita as palavras (0-3 pontos):

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

4. Cálculo (0-5 pontos):

O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

Não (vá para a pergunta 4b)

- **4a.** Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?
 - 93
 - 86
 - 79
 - 72
 - 65
- **4b.** Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente
 - O
 - D
 - N
 - U
 - M

5. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

6. Linguagem (0-2 pontos):

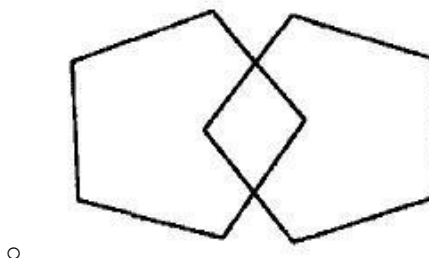
Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.

- Relógio
- Caneta

7. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase:

- NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.
8. Linguagem (0-3 pontos):
Siga uma ordem de 3 estágios:
- Pegue esse papel com a mão direita.
 - Dobre-o no meio.
 - Coloque-o no chão.
9. Linguagem (1 ponto):
- Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.
10. Linguagem (1 ponto):
- Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.
11. Linguagem (1 ponto):
- Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



Parte inferior do formulário

Observação para a montagem da calculadora

Soma de todas as caselas, cada uma vale 1 ponto.

Avaliação dos resultados

Normal: acima de 27 pontos

Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.

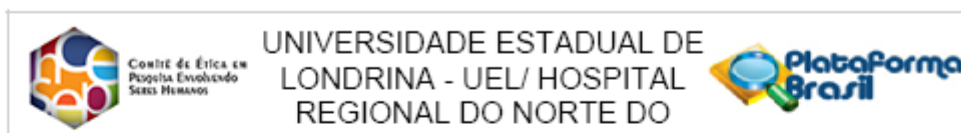
Escores médios para depressão

Depressão não complicada: 25,1 pontos

Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM ATUANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB O OLHAR DO USUÁRIO

Pesquisador: CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA BARICATI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37250614.1.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.655

Data da Relatoria: 19/10/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo será utilizado como método o estudo de caso. Tem como objetivo analisar a percepção dos usuários com HA sobre os cuidados de enfermagem prestados na APS no município de Cambé-PR. O estudo irá entrevistar indivíduos com 40 anos ou mais, hipertensos, residentes na área urbana de Cambé-PR que reconhecidos pelas UBS e que utilizam apenas o Sistema Único de Saúde como forma de atenção à saúde, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. As entrevistas serão transcritas e analisadas. O estudo visa contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, especificamente na assistência prestada pela equipe de enfermagem, realizando avaliação dos seus serviços contanto com a subjetividade do usuário no qual são valorizadas suas percepções e experiências vividas.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a percepção dos usuários com HA sobre os cuidados de enfermagem prestados na APS.
- Verificar os motivos que levam os usuários com HA buscar/utilizar os serviços de cuidados da APS;
- Identificar os profissionais da APS que assistem os cuidados relativos aos pacientes com HA;
- Analisar os tipos de atendimentos realizados pela enfermagem no cuidado à saúde de usuários com HA;
- Desvelar o que o usuário com HA considera como um atendimento de enfermagem adequado.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br