

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA OLIVEIRA MACIEL DOS SANTOS

**ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE USUÁRIOS EM
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA OLIVEIRA MACIEL DOS SANTOS

**ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE USUÁRIOS EM
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Vanessa Luiza Tuono Jardim

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Roteiro para acompanhamento longitudinal pela Estratégia de Saúde da Família de usuários em atendimento psicossocial, de autoria da aluna **Renata Oliveira Maciel dos Santos** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Profa. Vanessa Luiza Tuono Jardim
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico a realização deste à minha família, minha mãe amada e querida que sempre esteve ao meu lado proporcionando tranquilidade para que eu pudesse chegar até aqui, meu irmão que é o meu amigo; ao meu pai que sempre foi meu exemplo e ao meu amor Marcelo.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 7 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 12 |
| 3 MÉTODO..... | 17 |
| 4 RESULTADO E ANÁLISE..... | 20 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 24 |
| 6 REFERÊNCIAS..... | 25 |

RESUMO

A formação de vínculo se transformou em uma estratégia e meta da ESF (Estratégia Saúde da Família), entendendo que a relação de vínculo pode ser entendida como ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, entre o objetivo e o subjetivo, culminando para a realização de atos terapêuticos conformados a partir do coletivo e do individual. Assim, trata-se de um estudo de tecnologia de concepção, de forma a produzir um roteiro para acompanhamento longitudinal de usuários em atendimento psicossocial na saúde da família. Este roteiro proposto poderá ajudar aos profissionais da Atenção Primária do Rio de Janeiro a desenvolverem uma atenção de qualidade aos usuários em atendimento psicossocial. Inferiu-se que foi possível elaborar e apresentar às equipes de saúde da família da Clínica Marcos Valadão um roteiro com o intuito de nortear as ações de desenvolvimento de vínculo e acompanhamento longitudinal em usuários em atendimento psicossocial.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2010, após minha graduação acadêmica iniciei minha vida profissional dentro da estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro, que se apresentava naquele momento no auge de sua expansão, fui alocada no território do bairro Acari, onde a estruturada física e organizacional da unidade ainda estava sendo construída, porém já havia dentro desta comunidade relações de vínculo com a equipe de saúde, por haver na localidade o funcionamento do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

Quando iniciei no Acari, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) estava em processo de implantação e em progressiva construção da clínica da família, desta forma, pude participar de todo o processo de cadastramento e adscrição da população do território, sendo assim possível participar e observar do processo de vinculação desta população às equipes de saúde da família.

O Programa de Saúde da Família foi proposto pelo Ministério da Saúde em 1994, como a estratégia de um novo modelo de atenção à saúde no âmbito da atenção primária, que possui por princípio uma visão mais integral do sujeito, da comunidade e do contexto social e familiar e que o indivíduo está inserido. Trazendo uma nova forma de pensar o processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde, compreendendo o indivíduo não só em sua forma biológica, mas considerando suas dimensões culturais e sociais. (BRASIL, 1998)

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, que constitui o primeiro nível de assistência ao indivíduo e, além disso, possui o atributo de promover o cuidado longitudinal, ou seja, o acompanhamento contínuo do indivíduo e família realizando a coordenação do cuidado nos variáveis níveis de atenção de acordo com a necessidade do indivíduo.

Sendo assim, a atenção primária à saúde vem evoluindo com a substituição das unidades básicas tradicionais pela Estratégia de Saúde da Família, que visa o acompanhamento integral do indivíduo e família dentro do território adscrito proporcionando a co-responsabilização do cuidado, sendo a responsabilidade partilhada entre indivíduo e profissional de saúde.

Desta forma, estabelece-se corresponsabilidade que possibilita o desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, o que facilita a identificação, o

atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade, para direcionar a atenção à promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças/agravos mais frequentes. (VALENTIM, 2007, p.777-88)

Dentro deste contexto, a principal estratégia dessa nova orientação da atenção primária a saúde é que o usuário possa ser favorecido de um cuidado integral, com foco na intervenção dos fatores de risco, na promoção, prevenção e reabilitação, promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais, através da participação da comunidade e humanização das práticas em saúde. (BRASIL, 1998)

Para cumprir o conceito de humanização nas práticas em saúde proposto pela ESF (Estratégia de Saúde da Família) é necessário a valorização do vínculo como dispositivo para encurtar a distância entre os usuários e profissionais de saúde, promovendo a consequente diminuição da dificuldade da população em acessar o profissional responsável pelo seu cuidado.

A defesa da utilização do vínculo como um dispositivo no cuidado é feita por Mehry (2003), quando caracteriza as tecnologias dentro do trabalho em saúde, este apresenta as tecnologias leves (as relações humanas), leve-duras (os saberes estruturados) e dura (aparato tecnológico).

Este autor afirma que as tecnologias leves devem estar presentes em todo o momento do trabalho vivo em ato, se consolidando através da ação assistencial de um trabalhador de saúde e um usuário, por meio do qual há um encontro de duas pessoas atuando uma sobre a outra em um processo relacional. (MEHRY 2003)

A utilização das tecnologias leves dentro do processo de trabalho em saúde da família é percebida durante o cotidiano dos profissionais que estão inseridos dentro das equipes, sendo o vínculo um dos principais dispositivos do cuidado utilizado neste contexto.

O Cuidado na assistência ao usuário pode ser definido como um fenômeno resultante do processo de cuidar, assim, pode-se descrevê-lo como o desenvolvimento de atitudes, ações e comportamentos no sentido de promover, manter ou recuperar a dignidade da totalidade humana. (BRANDÃO, 2006) Essas ações devem estar fundamentadas no conhecimento científico, na experiência, na intuição e no pensamento crítico.

Na perspectiva da Atenção Primária a Saúde, deve ocorrer uma íntima relação de vínculo com as demais dimensões que a integram quer seja o acesso, a porta de entrada, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque sobre a família, a orientação para a comunidade e a formação profissional e a coordenação (GOMES, 2009.)

Sendo assim, as relações devem permear as relações de trabalho dentro da saúde da família, pois esta ferramenta pode ser utilizada durante todas as ações desenvolvidas pela equipe, seja no acolhimento do usuário, seja através da escuta ativa ou durante as ações de cuidados ou promoção da saúde.

O vínculo se transformou em uma estratégia e meta da ESF, entendendo que a relação de vínculo pode ser entendida como ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, entre o objetivo e o subjetivo, culminando para a realização de atos terapêuticos conformados a partir do coletivo e do indivíduo. (SANTOS et al, 2008)

Cabe entender que a palavra vínculo segundo Souza et al 2009, tem por significado relação, ligação, laço. Remete a um conceito de interdependência, de relações de troca, cuidado humanizado, integralidade e longitudinalidade da assistência (GOMES, 2009)

Também é definida pelo Aurélio (1990), como tudo o que ata, liga ou aperta, sendo assim a palavra em sua definição já traduz a sua utilização semântica como uma ferramenta do cuidado, pois a relação entre o indivíduo e o profissional de saúde da ESF deve esta ligada para o sucesso da assistência do indivíduo.

Ao viabilizar o vínculo como uma das principais ferramentas utilizadas na estratégia de saúde da família, esta facilita/estimula o estreitamento das relações, estabelecendo um elo de confiança, que é um fator de relevância para o sucesso de relações sociais, como para o êxito e a consolidação do trabalho na Saúde da Família.

Alguns autores defendem a utilização do vínculo dentro de um modelo assistencial, pois acreditam que este apresenta características que subsidiam a co-gestão do cuidado, facilita a longitudinalidade da atenção e promove a melhor adesão as práticas de saúde.

1.1 Objetivos

Partindo destas considerações acima, foram elaborados os seguintes objetivos:

1.1.1 Objetivo Geral

Produzir um roteiro de acompanhamento longitudinal para usuário em atendimento psicossocial na Estratégia de Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Apresentar às equipes de Saúde da Família da Clínica Marcos Valadão um roteiro para acompanhamento longitudinal de usuários em atendimento psicossocial.

1.2 Justificativa

A motivação para realizar este estudo veio a partir das minhas leituras sobre a atenção primária a saúde e ao observar o quanto se defendia a utilização do vínculo dentro da estratégia de saúde da família, sendo este considerado uma diretriz dentro deste modelo de atenção.

A escolha de estudar o vínculo dentro da Estratégia de Saúde da família surgiu da minha vivência como profissional de saúde da Saúde da família ao observar as relações de confiança e de identificação que os indivíduos estabelecem com os profissionais que realizam o seu cuidado.

Desta forma, me propus a estudar este tema, uma vez que o vínculo não pode ser mensurado, porém constitui uma das ferramentas mais utilizadas dentro da ESF e que promove maior auxílio ao trabalho em saúde da família, assim, acredito que este estudo pode promover maior entendimento desta ferramenta e ajudar a exemplificar a importância desta ferramenta subjetiva dentro da assistência ao indivíduo assistido pela ESF.

Nesse contexto, passei a perceber em minha prática o quanto a interação com o usuário se apresentava de forma crucial e quanto o usuário e o profissional se apropriavam deste dispositivo de forma empírica. Vivências que despertaram a curiosidade para entender a importância e a influência desta ferramenta dentro das relações terapêuticas na ESF.

Mais especificamente me intrigou o fato de como essas relações depois de estabelecidas exerciam influência na adesão ao tratamento, uma vez que o usuário se apresentava de forma

mais participativa e interessada em seguir a terapêutica estabelecida após a percepção da formação de um laço com a equipe de referência que este era atendido.

Além da utilização de um roteiro de acompanhamento longitudinal para estes usuários irá qualificar a assistência deste grupo atendido dentro da Estratégia de Saúde da família.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atenção Básica é definida pela política nacional de 2011, como um conjunto de ações e serviços de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que ocasione impacto na saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes sociais de saúde das coletividades.

Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização e da humanização. Um dos seus fundamentos e diretriz é adscrição dos usuários que proporciona o desenvolvimento das relações de vínculo entre a equipe e a população. (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011)

A atenção básica à saúde no Brasil se caracteriza pela instituição e expansão da saúde da família, pela via do PSF (Programa de Saúde da Família), este é um modelo de que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Esta foi a opção estratégica para ser utilizada na atenção básica e convoca, a territorialização dos espaços de atuação da APS (Atenção Primária a Saúde) e a ação intersetorial.

O PSF incorpora aos seus princípios, o trabalho multiprofissional realizado em equipe por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e, eventualmente, outros profissionais de saúde. (MENDES, 2012)

Dentro deste contexto adota-se para atenção primária à saúde a estratégia de saúde da família que além da significação semântica, também se caracteriza pela consolidação definitiva, no plano paradigmático. A consolidação da ESF significa a construção verdadeira das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RASs (Rede Atenção a Saúde). (MENDES, 2012)

Um dos dispositivos essenciais para que a saúde da família possa realizar suas atribuições de vigilância a saúde e acompanhamento integral ao usuário é a formação de vínculo entre a equipe e a população adscrita, sendo esta definida pela política nacional de humanização como ferramenta indispensável a estratégia de saúde da família.

Assim, Coelho e Jorge (2009) afirmam que o vínculo sendo utilizado como tecnologia leve das relações dentro da ESF tem por princípio estabelecer responsabilização dos profissionais pela área adscrita e pelo usuário cadastrado, afim de que essa interação cumpra um dos mecanismos de trabalho proposto pelas diretrizes que norteiam a prática da estratégia de saúde família.

O vínculo é entendido como um princípio do SUS e deve ser valorizado como um elo que une o profissional ao usuário promovendo as práticas preconizadas dentro da política de humanização (MONTEIRO, 2009)

Também é definido pela política nacional de atenção básica, como a construção de relações de afetividades e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, favorecendo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construindo ao longo do tempo um potencial terapêutico. (PNAB, 2011)

Assim como afirma Monteiro et al, (2009), um dos grandes avanços ocorridos dentro da estratégia de saúde da família, além da mudança alcançada no modelo assistencial é a valorização das relações humanas, como exemplo, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde da família.

Vínculo longitudinal

Na perspectiva da Atenção Primária a Saúde, deve ocorrer uma íntima relação de vínculo com as demais dimensões que a integram quer seja o acesso, a porta de entrada, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque família, a orientação para a comunidade e a formação profissional e a continuidade do cuidado. (GOMES, 2009)

O vínculo é entendido como um princípio do SUS e deve ser valorizado como um elo que une o profissional ao usuário promovendo as práticas preconizadas dentro da política de humanização (MONTEIRO, 2009) e se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários.

Este também é definido pela Política Nacional de Atenção Básica, como a construção de relações de afetividades e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, favorecendo o

aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construindo ao longo do tempo um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

O vínculo favorece a referência do usuário ao serviço de saúde, viabilizando que este reconheça a unidade de saúde a que está vinculado como fonte satisfatória e habitual de atenção às suas necessidades de saúde (BARATIERI, 2012). O estabelecimento do vínculo permite que haja uma negociação que caminhe para um consenso das necessidades e responsabilidades, impossibilitando que o ato terapêutico esteja centrado apenas no trabalhador de saúde ou apenas no desejo do usuário, mas que haja a interação entre ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora (SANTOS et al, 2008).

Para que se estabeleçam as relações de vínculo, as autoras GIOVANELLA E MENDONÇA (2012) defendem que é necessário que a APS desempenhe sua função de porta de entrada do sistema adequadamente, sendo acessível à população, eliminando as barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, possibilitando a utilização do serviço por parte dos usuários sempre que este necessite de atenção, seja como no caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.

Ao desempenhar o papel de porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo a integralidade da atenção (BRASIL, 2012).

Neste sentido, é fundamental para o fortalecimento do vínculo que aconteça um bom acolhimento deste usuário. O acolhimento define-se como ato de que implica em bem receber, escutar, oferecer proteção e amparo e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Sendo assim, esta mesma autora defende que a junção destes atributos é essencial para que seja formada a relação equipe-usuário e assim possa acontecer o acompanhamento longitudinal do indivíduo e família, pois através do estabelecimento de vínculo, que é feito através do acesso disponível à equipe e do acolhimento do indivíduo para que se estabeleça relação de confiança nestes espaços.

Starfield, (2002) defende que a longitudinalidade, que representa a responsabilidade longitudinal pelo paciente, para com a continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independente de doença ou ausência desta.

Na literatura especializada brasileira, a palavra longitudinalidade não é considerada usual, sendo mais utilizado por estudos nacionais os termos vínculo e continuidade do cuidado.

Nesse sentido, Cunha e Giovanella (2011) propõem que, na literatura referente à APS no Brasil, se faça a opção pela utilização do termo vínculo longitudinal, sendo este definido como relação terapêutica estabelecida entre usuário e profissional da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e na utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo.

Neste estudo considera-se o termo vínculo longitudinal como sinônimo para longitudinalidade, continuidade da atenção e continuidade do cuidado.

Cunha e Giovanella (2011) afirmam que o vínculo longitudinal se refere à relação pessoal entre equipe e paciente ao longo do tempo e que a presença deste atributo dentro das relações terapêuticas favorece uma continuidade do cuidado com a equipe de saúde da família e o usuário e em muitos estudos indicam associação com a eficiência na APS.

Starfield (2002), afirma que a ideia de vínculo está relacionada a longitudinalidade, compreendida como relação terapêutica, estreita e duradoura entre usuários e profissionais de saúde. O vínculo promove a continuidade do cuidado, evita desnecessárias intervenções e aumenta adesão do usuário a terapêutica (BRUNELLO et al, 2010)

As relações de vínculo longitudinal em muito podem contribuir para o processo de adesão terapêutica do paciente, uma vez que este passa a entender a significância de seu tratamento, a confiar nas recomendações dos profissionais que o atendem e seguir corretamente as recomendações prescritas, do mesmo modo que os profissionais passam a desempenhar suas ações, buscando o bem-estar do usuário do serviço e proporcionando uma assistência holística. (BRUNELLO et al, 2010)

O vínculo entre profissional de saúde e usuário tem a capacidade de estimular a autonomia e a cidadania, por ser um recurso terapêutico que promove a participação do usuário

durante a prestação de serviços, viabilizando a atuação deste de forma ativa no seu plano terapêutico, ampliando a eficácia das ações de saúde. (GASTÃO, 2006)

Ratificando este argumento, Souza (2010) afirma que o vínculo longitudinal deve impulsionar o desenvolvimento de práticas que resgatem a autonomia do sujeito, produzindo através desta negociação um cuidado integral, favorecendo a co-gestão do cuidado, facilitando a adesão terapêutica do usuário ao tratamento.

A literatura internacional também defende o vínculo longitudinal como um atributo essencial da atenção primária estando associado fortemente a diminuição de custos com a saúde, aumento da resposta do usuário aos cuidados de saúde assim como adesão ao cuidado por ser muito valorizada pelo usuário (KRISTJANSSON et al, 2013).

Estes autores também associam o vínculo longitudinal a melhores efeitos positivos com menos custos, tais como diminuição das internações hospitalares, das visitas as emergências e menos faltas laborais, além disso, afirmam ser o modelo adequada para o manejo de usuários com doenças crônicas. (KRISTJANSSON et al, 2013)

Gray et al (2003), ratifica as qualidades do vínculo longitudinal ao afirmar que este maximiza a efetividade da atenção primária, através de menos gastos, melhora a satisfação dos usuários de doenças e crônicas ao melhorar a qualidade do cuidado prestado.

3 MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de tecnologia de concepção, de forma a produzir um roteiro para acompanhamento longitudinal de usuários em atendimento psicossocial na saúde da família.

Este estudo visa construir um roteiro para nortear o atendimento destes usuários na atenção primária, de forma a apresenta-los às equipes como forma de qualificar ao atendimento.

Cenário do estudo

A Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pouco estruturado na APS, vivenciando intensa desorganização do sistema de saúde.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu de aproximadamente 7% em 2009 para 43% no ano de 2013. (BRASIL, 2013), este aumento da cobertura ocorreu devido, uma mudança radical na gestão da saúde pública no município.

Entretanto, essa ênfase não é apenas quantitativa, quer do ponto de vista da cobertura da ESF, quer do volume de financiamento municipal para APS. O ponto essencial dessa mudança é a aposta na qualidade. A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) investiu na proposta normativa da ESF ao criar as Clínicas da Família.

Estas são unidades de saúde que se caracterizam por grandes estruturas, que concentram 5 ou mais equipes de Saúde da Família, com estrutura física diferenciada, onde a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade são requisitos importantes, aliados à incorporação de tecnologia apropriada à prática da APS fisicamente sofisticadas, equipadas adequadamente, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos; e, o mais importante, com condições para atraírem profissionais de saúde de qualidade. Essas unidades são denominadas como tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família. (HAIZEN, 2013)

A Clínica da Família selecionada para a realização do estudo foi a Enfermeiro Marcos Valadão (CFMV), localizada dentro da área programática 3.3 no bairro Acari no município do Rio de Janeiro. Segundo dados do IBGE (2013), este bairro possui o Índice de Desenvolvimento Humano de (IDH) de 0,720 sendo o terceiro menor do Rio de Janeiro.

O bairro é dominado pelo poder paralelo, convivendo com a forte presença da violência, tráfico de drogas e áreas de intensa pobreza. A comunidade é cortada pelo rio Acari, nome qual se originou o nome da comunidade, nas áreas próximas às margens do rio pode ser encontrado depósitos de lixo e infestações de roedores, além das frequentes situações de alagamento que o bairro enfrenta nas ocasiões de fortes chuvas.

Dentro deste território inicialmente funcionava o Programa de Agente Comunitários (PACS), com 22 agente comunitários que cobriam todo o complexo de Acari, este programa funcionou por 6 anos, até que no ano de 2010 iniciou a migração do programa para Estratégia de Saúde da Família. Os 22 ACS foram incorporados ao novo modelo juntamente com a enfermeira do programa anterior.

Com a implementação da ESF neste território foi construído uma unidade com infraestrutura de clínica da Família que comporta 7 equipes de Saúde de Família, e atende oficialmente uma população de 29658 cadastrados, apresenta uma população de 852 diabéticos e 2017 hipertensos. Além do complexo de Acari a clínica também possui sua cobertura em territórios adjacentes a comunidade.

A escolha deste cenário se justifica devido a pesquisadora estar vinculada a esta unidade, facilitando a produção deste roteiro nesta unidade.



Figura I- Mapa região Acari. Fonte: Google maps. 2014

Fonte de dados

Foi realizada uma busca bibliografia em livros, protocolos clínicos e linhas de cuidado do município do Rio de Janeiro, além de estudos que abordassem roteiros de acompanhamentos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE USUÁRIOS EM ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL.

Este roteiro proposto poderá ajudar aos profissionais da Atenção Primária do Rio de Janeiro a desenvolverem uma atenção de qualidade aos usuários em atendimento psicossocial, uma vez que o município apresenta uma carência de protocolos dentro da Saúde da Família, voltada à atenção destes usuários.

Um roteiro se refere a descrição de uma diretriz escrita para nortear o caminho a seguir seguido de determinado assunto, servido como um guia estratégico.

Deste modo, a atenção psicossocial conta justamente com uma intensa responsabilização de atores sociais pelo cuidado para alcançar tais objetivos, por meio de diferentes procedimentos de gestão articulados à terapêutica.

Uma vez que as equipes de Saúde da família possam tomar conhecimento e implementá-lo de forma a sistematizar e adjudicar à atenção aos usuário em atendimento psicossocial dentro do território da saúde da família.

Toda equipe deve estar envolvida neste processo, pois dentro do processo de trabalho da Saúde da Família o envolvimento em equipe é essencial para garantir assistência de qualidade aos usuários, e assim um roteiro que engloba a atuação de todos os profissionais através de um trabalho em equipe visa guiar a produção do trabalho e a qualificar a atenção.

Segundo Mehry (2003), há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho.

A Saúde da Família possui uma proposta de atuação inovadora, no âmbito do processo de trabalho em saúde, na medida em que rejeita o conhecimento confinado nos consultórios e privilegia o conhecimento construído, mudando radicalmente o paradigma da atenção à saúde em

favor do atendimento integral à população, da descentralização do saber e da proximidade das demandas concretas da população assistida (CARDOSO, 2004).

É possível observar que dentro do trabalho em saúde, podem-se distinguir três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico, sendo cada uma destas três abordagens composta de várias facetas; no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente (BRASIL, 2009).

O processo de trabalho das equipes de Saúde da família ocorre principalmente nas unidades de atenção básica de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Além de estabelecer relações de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes da atenção. (BRASIL, 2014)

Um dos dispositivos essencial para que a saúde da família possa realizar suas atribuições de vigilância a saúde e acompanhamento integral ao usuário é a formação de vínculo entre a equipe e a população adscrita, sendo esta definida pela política nacional de humanização como ferramenta indispensável a estratégia de saúde da família.(BRASIL, 2004)

As equipes também possuem por atribuição conhecer as necessidades de saúde e as situações de risco existentes na comunidade dentro de sua área de atuação, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade. (SCOREL et al, 2007)

Assim, sistematizar a assistência implica em realizar atendimentos sistemáticos, com consultório, visita domiciliar para entender a dinâmica familiar, além de proporcionar um acolhimento adequado para este usuário.

As etapas a seguir não precisam necessariamente ser seguidas pela mesma ordem, pois o processo de atenção à saúde é um processo dinâmico onde as fases de atendimento podem intercalar ou sobrepor.

ROTEIRO

| Atividade | Responsável | Data da Realização | Observações |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento do usuário pela equipe de SF com a necessidade de atendimento psicossocial, estando este já com atendimento por outro serviço ou não; | <ul style="list-style-type: none"> ACS | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |
| <ul style="list-style-type: none"> Cadastramento do usuário pelo território adscrito pelo Agente Comunitário de Saúde; | <ul style="list-style-type: none"> ACS | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |
| <ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento de vínculo com o usuário e família pela equipe de SF; | <ul style="list-style-type: none"> Equipe | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |
| <ul style="list-style-type: none"> Entendimento da problemática através da visão do ACS; | <ul style="list-style-type: none"> ACS | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |
| <ul style="list-style-type: none"> Atendimento individual com o usuário com necessidade de atenção psicossocial, pelos técnicos (Enfermeiro e médico) da equipe; | <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro e Médico | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar pelos técnicos da equipe- preferencialmente que a primeira visita seja realizada pelo enfermeiro; | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento da história do usuário e família, fatores desencadeantes de crise, histórico terapêutico, medicações em utilização, relacionamento interpessoal com outras equipes, e se busca seu cuidado em outro serviço de saúde; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento dos problemas relacionados ao usuário, familiares e sociedade; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a linhas de cuidado e fluxos de atendimento especializados dentro da atuação da clínica. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro e Médico | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Discussão do caso em reunião na área 3.3 de eixo em saúde mental; | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Traçar um plano terapêutico em reunião de equipe com todos os membros; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Traçar estratégias junto ao NASF- (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)- possui psicológicos, psiquiatras além das demais categorias profissionais; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Apropriar o plano terapêutico junto ao usuário, com a participação deste a construção do plano a ser seguido; | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro e Médico | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultas sistemáticas com o profissional médico da equipe; | <ul style="list-style-type: none"> • Médico | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultas intercaladas com enfermeiro da equipe; | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares mensais do ACS responsável pelo usuário; | <ul style="list-style-type: none"> • ACS | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares sistêmicas com os técnicos da equipe; | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro e Médico | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar participação do usuário em grupos de convivência-de preferência na unidade de Saúde da Família; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover coordenação do cuidado, proporcionando atendimento na referência em outros níveis de atenção; | <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acesso às medicações necessárias, quando indicado, atentando para os preceitos da desmedicalização. | <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos componentes da equipe mediante a apresentação de necessidades de saúde através da demanda livre; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • |

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível elaborar um roteiro com base na literatura para o acompanhamento longitudinal de usuários em atendimento na Saúde da Família, além de ser um produto do trabalho para as equipes da Clínica da família Marcos Valadão.

Deste modo, este roteiro produzido como produto deste curso de especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem, proporciona a qualificação da prática destas equipes em relação à atenção prestada a estes usuários, de forma também a contribuir para o fortalecimento do vínculo longitudinal dentro da assistência psicossocial.

Inferiu-se que as tecnologias leves são essenciais para o trabalho em saúde e principalmente no campo da atenção primária, pois constitui uma ferramenta importante para efetivar as relações neste campo, mesmo não sendo possível mensurar a efetividade do vínculo longitudinal nesta população, mas identificou-se que sua atuação produz interferência positiva no cuidado.

Assim, foi possível elaborar e apresentar às equipes de saúde da família da Clínica Marcos Valadão um roteiro com o intuito de nortear as ações de desenvolvimento de vínculo e acompanhamento longitudinal em usuários em atendimento psicossocial.

Como limitação deste estudo, observa-se o curto tempo para o desenvolvimento, uma vez que se trata de uma especialização, além de não ser possível aprofundar os estudos sobre a aprovação do roteiro pelas equipes, porém espera-se que este produto seja testado, validado e incorporado às práticas cotidianas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

6 REFERÊNCIAS

BARATIERI, T.; MANDÚ, E.N.T.; MARCON, S.S. **Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família.** *Ciencia y enfermeria* XVIII (2): 11-22, 2012.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo.** *Rev Bras Hipertens* 2006 vol.13(1): 35-38.

BRANDÃO, Euzeli. **Enfermagem em dermatologia. Cuidados técnicos, dialógico e solidário.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Disponível em: www.gov.br/psf/menu. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizaus: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS.** Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada.** – Brasília, 2009.

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.** 2011

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Saúde da Família.** 2014. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizaus: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS.** Brasília; 2004.

BRUNELLO, M.E.F. ET AL. **O vínculo na atenção à saúde: revisão Sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007).** *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):131-5.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica a saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Temas livres.

CUNNHA, 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*, 2011. 16(Supl. 1):1029-1042.

FIGUEIREDO, Nébia; MEIRELES, Isabella. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 2 ed. São Paulo: Yendis Editora, 2007.

FRANCISCO, Isaías. **O ensino de custos nas escolas de graduação em enfermagem.** *Revista de Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 38 n.03, 2004.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L; HAAS, V.J. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 janeiro-fevereiro; 17(1).

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde.** In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Rev e amp. Lígia Giovanella et al. editor: FIOCRUZ, 2012.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. **As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose.** *Rev. esc. enferm. USP* vol.43 no.2 São Paulo June 2009.

GRAY DP, EVANS P, SWEENEY K, LINGS P, SEAMARK D, SEAMARK C, DIXON M, BRADLEY N: **Towards a theory of continuity of care.** *J R Soc Med* 2003, 96:160–166

HAIZEN, E. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do rio de janeiro.** *Epidemiologia.* Pos graduação UFRGS. 2013

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 20.01.2014.

KRISTJANSSON, E.; **Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors.** *BMC Family Practice* 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2012.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis**. Portal da Saúde. Acessado em: 30/6/2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº2.488, de 21 de Outubro de 2011.

MONTEIRO, M.M. ; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Rev Esc Enferm USP 2009 vol 43(2), p. 358-64.

PINHEIRO, P.M.; OLIVIEIRA, L.C. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião dentista no Programa de Saúde da Família**. Interface-comunicação, saúde, educação, jan/mar 2011 vol15, n.36, p.187-98.

SANTOS, A.M. ET AL. **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família**. Rev Saúde Pública 2008; 42(3), 464-70.

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

SOUZA, K.M.J.ET AL. **Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família**. Ver Esc Enferm USP 2010; 44(4); 904-11

TAVEIRA, Márcia. **Metodologias para apuração de custos em saúde**. *Saúde em debate*. Vol. 23, n.53, 1999.