



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PAULA CRISTINA GERHARDT**

**LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO: UMA ANÁLISE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**MARINGÁ**

**2016**

**PAULA CRISTINA GERHARDT**

**LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO: UMA ANÁLISE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem Área de Concentração: Enfermagem e o processo de cuidado. Linha de Pesquisa: O cuidado nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>: Lígia Carreira

**MARINGÁ**

**2016**

PAULA CRISTINA GERHARDT

**LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO: UMA ANÁLISE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Universidade de São Paulo (USP)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

GERHARDT, PC. Longitudinalidade no Cuidado ao Idoso: uma Análise na Atenção Primária à Saúde. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Lígia Carreira. Maringá, 2016.

## RESUMO

O envelhecimento da população, atrelado ao forte predomínio de doenças crônicas, representa um grande desafio para o Sistema Único de Saúde, exigindo um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo, com foco nas ações de prevenção e promoção da saúde. Essas ações se consolidam principalmente no âmbito da Atenção Primária, através da efetivação do atributo da longitudinalidade. O cuidado longitudinal pode ser conceituado como uma relação terapêutica estabelecida entre profissionais da Atenção Primária e usuários, que se traduz no reconhecimento e na utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi avaliar a longitudinalidade no cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde no município de Maringá – Paraná. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado em três unidades básicas de saúde do município de Maringá. A população do estudo foi composta por 24 profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família atuantes nas unidades selecionadas. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2015, mediante entrevistas semiestruturadas que, depois de transcritas, foram submetidas à análise de conteúdo categorial (Bardin), tendo como base conceitual para longitudinalidade os pressupostos de Starfield (2002) e Cunha e Giovanella (2011). Os resultados revelaram que os profissionais compreendem a importância da longitudinalidade do cuidado ao idoso, e acreditam que o vínculo com a população idosa facilita esse cuidado contínuo. Para a consolidação desse vínculo apontaram elementos essenciais: o atendimento humanizado, o respeito e o compromisso com a população e a resolutividade da atenção. Ademais, acreditam que características da população idosa — a receptividade social e a grande procura por serviços de saúde — facilitam ainda mais a construção do vínculo. O prontuário eletrônico também foi citado como ferramenta importante para a continuidade do cuidado por facilitar o resgate e os registros das informações, além de permitir compreender todo o histórico de saúde do paciente. Como obstáculo, os profissionais citaram a falta de comunicação entre os níveis de atenção e a visão ainda muito curativista dos idosos, o que dificulta a implementação de ações de promoção e prevenção da saúde e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado. Desse modo, a longitudinalidade do cuidado ao idoso é de extrema importância na atenção primária, pois gera um cuidado mais integral, voltado às reais necessidades da população, levando a um envelhecimento mais ativo e saudável.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente, Saúde do Idoso, Atenção Primária a Saúde.

GERHARDT, PC. Longitudinality in Care of the Elderly: An Analysis on Primary Health 114 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Lígia Carreira. Maringá, 2016.

### ABSTRACT

The aging of the population, together with a strong prevalence of chronic diseases, represents a great challenge to the Basic Health System, demanding a model of health assistance ruled in the individual's integrality, with focus on the prevention actions and health promotion. Those actions are consolidated mainly in the ambit of the Primary Health Care, through the effectiveness of the longitudinal frame. The longitudinal care can be considered as a therapeutic relationship established between professionals of the Primary Health Care and its users, which is shown in the recognition and in the use of the health unit as a regular source of care along the time. Thus, the objective of the present study was to evaluate the longitudinality in the care given to the elderly in the Primary Health Care in the municipal district of Maringá - Paraná. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, accomplished in three basic health units of the municipal district of Maringá. The population of the study was composed by 24 professionals of the Family Health Strategy and of the Family Health Support Unit teams of the Nucleus of Support of Family Health system in the selected units. Data collection was accomplished between the months of May and June 2015, through semi-structured interviews that, after transcription, they were submitted to the analysis of categorial content (Bardin), having as a conceptual base for longitudinality the presuppositions of Starfield (2002) and Cunha and Giovanella (2011). Results revealed that the professionals understand the importance of the longitudinality of the care given to the elderly, and they believe that the engagement with the senior population facilitates that continuous care. For the consolidation of that bonding, essential elements were pointed out: the humanization of the assistance, the respect and the commitment with the population and the resolvability of the care. In addition, they believe that, the characteristics of the senior population, the social receptivity and the great search for health services facilitate even more the construction of the bond. The electronic medical record was also mentioned as an important tool for the continuity of the care, thus facilitating the recovery and the recordings of the information, besides allowing understanding the whole report of the patient's health. As obstacle, the professionals mentioned the lack of communication between the levels of assistance and the still very curative view of the elderly, what hinders the implementation of actions of promotion and prevention of health and, consequently, the continuity of the care. Thus, the longitudinality of the care given to the elderly is of extreme importance in the primary health care, because it generates a more complete care, directed to the real needs of the population, taking to a more active and healthy aging.

Keywords: Continuity of Patient Care, Health of the Elderly, Primary Health Care.

GERHARDT, PC. Longitudinalidad en la Atención del Adulto Mayor: Un Análisis de Salud Primaria. 114 f. Dissertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Lígia Carreira. Maringá, 2016.

## RESUMEN

El envejecimiento de la población, vinculado al fuerte predominio de enfermedades crónicas, representa un gran desafío para el Sistema Único de Salud, exigiendo un modelo de atención a la salud basado en la integralidad del individuo, con énfasis en las acciones de prevención y promoción de la salud. Estas acciones se consolidan principalmente en el ámbito de la Atención Primaria, a través de la efectividad del atributo de la longitudinalidad. El cuidado longitudinal puede ser conceptualizado como una relación terapéutica establecida entre profesionales de la Atención Primaria y usuarios, que se traduce en el reconocimiento y en la utilización de la unidad de salud como fuente regular de cuidado a lo largo del tiempo. Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar la longitudinalidad en el cuidado al anciano en la Atención Primaria a la Salud en el municipio de Maringá–Paraná. Se trata de un estudio de enfoque cualitativo, del tipo descriptivo y exploratorio, realizado en tres unidades básicas de salud del municipio de Maringá. La población del estudio fue compuesta por 24 profesionales de los equipos de Estrategia Salud de la Familia y de los equipos del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia actuantes en las unidades seleccionadas. La recolección de los datos fue realizada entre los meses de mayo y junio de 2015, mediante entrevistas semiestructuradas que, después de transcritas, fueron sometidas al análisis de contenido categorial (Bardin), teniendo como base conceptual para longitudinalidad las conjeturas de Starfield (2002) y Cunha y Giovanella (2011). Los resultados revelaron que los profesionales comprenden la importancia de la longitudinalidad del cuidado al anciano, y creen que el vínculo con la población anciana facilita este cuidado continuo. Para la consolidación de este vínculo señalaron elementos esenciales: la atención humanizada, el respeto y el compromiso con la población y la resolución de la atención. Además, creen que características de la población anciana — la receptividad social y la gran búsqueda por servicios de salud — facilitan aun más la construcción del vínculo. El registro médico electrónico también fue citado como herramienta importante para la continuidad del cuidado por facilitar el rescate y los registros de las informaciones, además de permitir comprender todo el histórico de salud del paciente. Como obstáculo, los profesionales citaron la falta de comunicación entre los niveles de atención y la visión todavía muy curativista de los ancianos, lo que dificulta la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud y, consecuentemente, la continuidad del cuidado. De este modo, la longitudinalidad del cuidado al anciano es de extrema importancia en la atención primaria, pues genera un cuidado más integral, dirigido a las reales necesidades de la población, llevando a un envejecimiento más activo y saludable.

Palavras Clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Salud del Anciano, Atención Primaria de Salud.

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “**Longitudinalidade no Cuidado ao Idoso: uma Análise na Atenção Primária à Saúde**” teve como objetivo analisar a longitudinalidade no cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde no município de Maringá - Paraná, compreendendo suas dimensões de regularidade de cuidados, relação interpessoal e continuidade informacional.

Os resultados foram apresentados em forma de três manuscritos:

Manuscrito 1: “**A Longitudinalidade no Cuidado ao Idoso: a Relação Interpessoal no Contexto da Atenção Primária**”. Neste artigo teve-se o objetivo de compreender o estabelecimento da relação interpessoal na prática assistencial no cuidado ao idoso na Atenção Primária, referido pelos profissionais da saúde, no município de Maringá – Paraná.

Manuscrito 2: “**Continuidade Informacional e sua Importância para a Longitudinalidade no Cuidado ao Idoso na Atenção Primária**”. O artigo foi desenvolvido com o objetivo de compreender a continuidade informacional no cuidado ao idoso na Atenção Primária, referido pelos profissionais da saúde, no município de Maringá - Paraná.

Manuscrito 3: “**A Longitudinalidade no Cuidado: a Atenção Primária como Fonte Regular de Cuidado na Saúde do Idoso**”. Neste manuscrito visou-se compreender a dimensão da fonte regular de cuidados à saúde no contexto da saúde do idoso, na concepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

**LISTA DE SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde do Município de Maringá, PR .....	36
--	----

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Atenção Primária à Saúde.....	14
2.2 O Cuidado e Saúde do Idoso.....	23
2.3 A Longitudinalidade e o Cuidado à Pessoa Idosa.....	28
3. OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos.....	33
4. METODOLOGIA.....	33
4.1 Tipo do Estudo.....	33
4.2 Local do Estudo.....	34
4.3 Sujeitos do Estudo.....	35
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	36
4.5 Análise dos Dados.....	37
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 MANUSCRITO 1 – A Longitudinalidade do cuidado ao idoso: a relação interpessoal no contexto da atenção primária.....	39
5.2 MANUSCRITO 2 – A Continuidade informacional e sua importância para a longitudinalidade no cuidado ao idoso na atenção primária.....	56
5.3 MANUSCRITO 3 – A longitudinalidade no cuidado: a atenção primária como fonte regular de cuidado na saúde do idoso.....	75
6. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES.....	109
ANEXOS.....	113

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno presente em todo o mundo, vivenciado com maior ou menor intensidade em todos os países (CHAIMOWICZ, 2013). O envelhecimento populacional gerou grandes impactos e mudanças no perfil demográfico e epidemiológico de todo país, com diminuição da população jovem e aumento da população idosa com forte predomínio das doenças crônico-degenerativas (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado por tripla carga de doenças, com grande predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas resultantes de causas externas e agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2014). Esse quadro gera demandas que requerem respostas das políticas sociais que envolvem o Estado e a sociedade, resultando em novas formas de cuidado, em particular os cuidados prolongados e a atenção domiciliar (BRASIL, 2014).

Atualmente, a transição demográfica e a alteração do perfil de morbimortalidade da população brasileira representam um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo (DRUMOND *et al.*, 2013). A promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas, pois não basta apenas viver mais, é essencial que os anos adicionais sejam desfrutados com qualidade, dignidade e bem-estar (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Com o intuito de atender e organizar essa crescente demanda da população idosa por atendimento integral e de qualidade, define-se que a Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro nível de atenção, deve atuar como porta de entrada do sistema de saúde, integrando e coordenando o cuidado; organizando todos os níveis de atenção; atendendo as necessidades da população idosa; e garantindo-lhe acesso aos demais níveis de complexidade (BRASIL, 2014).

Um dos atributos da atenção primária que pode auxiliar no alcance dessa integralidade é a longitudinalidade do cuidado, um dos quatro princípios fundamentais da

APS, sendo considerada característica central e exclusiva da APS, estando diretamente relacionado à sua efetivação (STARFIELD, 2002).

A palavra longitudinalidade deriva do termo *longitudinal*, que significa “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”, compreendendo, desta maneira, uma relação de longa duração entre os profissionais de saúde e seus pacientes (STARFIELD, 2002, p. 247). A equipe da APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, famílias e da própria comunidade, passando a conhecê-los. E o inverso se repete, tornando, desta forma, a equipe uma referência para a população quando se trata de cuidados de saúde (BRASIL, 2011).

A longitudinalidade é especialmente vantajosa para indivíduos com doenças crônicas e com comorbidades associadas, situações muito frequentes em indivíduos idosos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). A garantia do efetivo cuidado ao longo do tempo traz grandes vantagens a essa população: a possibilidade de negociação de mudanças de hábitos de forma gradual e contínua, buscando melhor qualidade de vida; maior agilidade na percepção de reações inadequadas ao uso de medicamentos ou de outras condutas; e o estreitamento dos vínculos equipe e indivíduo, o que contribui para o aumento da adesão aos tratamentos (BRASIL, 2006a).

A implementação de um cuidado longitudinal de qualidade não beneficia apenas os usuários idosos, mas também os profissionais da saúde. Essa continuidade influencia de forma positiva a relação entre os profissionais e os serviços de saúde, levando a maior integração dos serviços e melhor assistência à população (CHEN; TU; CHEN, 2016).

Diante do exposto, compreender de que modo os profissionais entendem e vivenciam, na prática, a longitudinalidade do cuidado na saúde do idoso é de extrema importância e pode contribuir, significativamente, para a melhoria da qualidade da assistência, principalmente tratando-se da população idosa, em que esse atributo torna-se essencial para se prestar um cuidado integral e humanizado voltado para a promoção e prevenção da saúde, buscando sempre o envelhecimento ativo e saudável.

Os profissionais têm fundamental papel para a efetivação do atributo da longitudinalidade no contexto da atenção primária. São os responsáveis por planejar as ações de saúde e prestar o cuidado aos idosos e têm a responsabilidade de conhecer a população e seu território, identificando as maiores demandas de saúde. Além disso, o empenho desses trabalhadores em prestar uma assistência humanizada e acolhedora fará

com que a população crie vínculo e compreenda esse serviço como sua referência de cuidado.

A presente pesquisa justifica-se, pois, além de sua grande relevância, estudos que abordam a temática da longitudinalidade do cuidado na saúde do idoso são escassos tanto na literatura brasileira quanto na internacional. Os poucos trabalhos existentes tratam do tema em âmbito mais geral, sem focalizar populações específicas, por exemplo, a dos idosos, ademais, têm seu foco apenas na avaliação do atributo da longitudinalidade. (OLIVEIRA et al., 2013b; ARAÚJO et al., 2014; MARTINS et al., 2014).

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A moderna concepção de Atenção Primária em Saúde (APS) surgiu, inicialmente, em 1920, no Reino Unido, através da divulgação do Relatório Dawson, que tratava da organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Esse documento procurou contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual. Também tinha o objetivo de constituir-se em referência para a organização do modelo de atenção inglês, já que começava a preocupar as autoridades do país, devido ao seu elevado custo, baixa resolutividade e crescente complexidade da atenção médica (MATTA; MOROSINI, 2009).

Os níveis de organização, tratados no relatório, eram os serviços domiciliares, os centros de saúde primários e secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino, sendo os centros de saúde primários considerados focos centrais da atenção. O Relatório também descreveu as várias funções de cada nível e propôs as relações e vínculos que deveriam existir entre eles (MENDES, 2012). Isto serviu de base para o conceito de regionalização, ou seja, “um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população” (STARFIELD, 2002, p.30). Assim, esse arranjo forneceu suporte para a reorganização dos serviços em vários países do mundo.

Do período dos anos vinte ao final dos anos setenta ocorreram vários movimentos que levaram à consolidação da APS, como a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista. Entretanto, essa consolidação

somente ocorreu em escala mundial na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MENDES, 2012; RODRIGUES et al., 2014). Nessa conferência foi pactuado com os países participantes a meta de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS, sendo a política internacional hoje conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000' (STARFIELD, 2002; MATTA; MOROSINI, 2009).

O pacto firmado, entre 134 países, durante a conferência internacional, ficou conhecido como “A Declaração de Alma-Ata”, que propôs a APS como uma estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e alcançar as metas do 'Saúde para Todos no Ano 2000' (FAUSTO; MATTA, 2007). A declaração mencionada assim definiu a APS:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando à atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p.1).

A definição de APS, proposta pela declaração de Alma-Ata, continha duas perspectivas fundamentais. A APS seria o nível fundamental do sistema de saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades, e seria parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social (MENDES, 2012). Destarte, a declaração propõe a instituição de serviços de saúde locais, centrados na necessidade de saúde da população e baseados em uma perspectiva interdisciplinar envolvendo profissionais — médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários — e a participação social no controle da gestão das atividades (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Conferência de Alma-Ata, além da conceituação de APS, ainda inseriu alguns componentes fundamentais desse nível de atenção: a educação em saúde; saneamento ambiental, principalmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da boa nutrição; e medicina tradicional. Por conseguinte, a atenção primária foi reconhecida como parte integral, permanente e onipresente do sistema de atenção à saúde, não sendo apenas considerada algo “a mais” (STARFIELD, 2002).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, com valores e princípios, e tem por perspectiva as necessidades de saúde da população, além disso, deve prover a maioria dos cuidados de saúde (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003). É o primeiro contato com o sistema de saúde e é responsável pela organização do cuidado à saúde da população ao longo do tempo, buscando o equilíbrio entre melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. A atenção primária tem aspectos únicos que a definem e diferenciam de todos os outros níveis de atenção (BRASIL, 2011).

O atendimento adequado da atenção primária traz melhorias para a qualidade de saúde da população, além da prevenção de doenças e morte, aumento da expectativa de vida e diminuição da mortalidade, demandando menores custos, melhorando a referência, coordenação e continuidade dos cuidados. Há evidências de que a APS, em contraste com a atenção especializada, está associada a uma distribuição mais equitativa de saúde das populações (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Há seis mecanismos, isolados ou em combinação, que podem ser os responsáveis pelos inúmeros benefícios da APS. São eles: maior acesso aos serviços de saúde, melhor qualidade do atendimento, maior enfoque na prevenção, tratamento precoce de problemas de saúde, o efeito cumulativo dos principais cuidados prestados nesse nível de atenção, e o papel da atenção primária na redução dos cuidados especializados que, muitas vezes, podem ser considerados desnecessários e potencialmente prejudiciais (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Da atenção primária proposta pela Alma-Ata até hoje surgiram algumas variações na interpretação dessa expressão decorrentes de sua complexidade conceitual e da evolução de sua implementação em diversos países no mundo. Neste sentido, têm-se três

interpretações, a APS como atenção primária seletiva, no sentido de um programa específico voltado a populações pobres, oferecendo tecnologias simples e de baixo custo; a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada; e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2011).

No Brasil, essa polissemia de interpretações da atenção primária também ocorreu ao longo de seu processo histórico. Assim sendo, criou-se, no Brasil, uma terminologia própria para APS, utilizada pelo Ministério da Saúde, que seria nomeada de Atenção Básica, como “reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde” (BRASIL, 2011, p.13). Todavia, alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já utilizam a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde.

A constituição do SUS e sua regulamentação possibilitaram a criação de uma política voltada à atenção primária brasileira, que visa à reorientação do modelo assistencial, tornando-a o contato prioritário da comunidade com o sistema de saúde (MATTA; MOROSINI, 2009). Assim, a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, aprovou e lançou a Política Nacional de Atenção Básica, desenvolvida a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Nessa política, a Atenção Básica é caracterizada como um conjunto de ações de saúde, individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia dos indivíduos e nos determinantes de saúde das coletividades. A Atenção Básica deve ser desenvolvida com práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas voltadas a necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: ter território adstrito; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; caracterizar-se como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado (BRASIL, 2012; SUMAR; FAUSTO, 2014).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil se configura como o nível de atenção capaz de detectar as reais necessidades e problemas da população, fornecendo respostas para as condições de saúde da comunidade e determinando o trabalho e a organização de todos os outros níveis de atenção do sistema de saúde. Por ser o nível mais próximo da população, aborda os problemas mais singulares da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, direcionados à manutenção e melhora da saúde dos indivíduos e coletividade (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

A APS brasileira tornou-se um dos mais ambiciosos e celebrados modelos de Atenção Primária no mundo. Constantes reformas no sistema de saúde foram realizadas para fornecer cobertura universal, conforme definições da organização mundial da saúde para a APS, enfatizando a equidade, participação da comunidade, financiamento compartilhado entre os diferentes níveis do governo, participação do setor privado e descentralização da gestão de saúde de nível federal para municipal (MONAHAN et al., 2013).

No ano de 1994, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas, foi criado e implementado o Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia de reorganização das práticas na APS e reorientação do sistema de saúde brasileiro, através da referência e contrarreferência (GARUZI et al., 2014). Sua origem remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu no nordeste do país, como parte do processo de reforma do setor da saúde, e tinha o intuito de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, através da visita domiciliar (MENDES, 2011; OLIVEIRA et al., 2013a).

A implantação do PSF foi um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A conferência de Alma-Ata e suas doutrinas referentes à APS já haviam influenciado, anteriormente, a formulação de políticas de saúde no Brasil e seus princípios foram bem traduzidos através da instituição do SUS. Entretanto, até a implementação do PSF não existia uma política específica de atenção primária voltada para toda a população brasileira, ainda que diversas experiências tenham sido implementadas (ESCOREL et al., 2007).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde emitiu, em 2006, a Portaria nº 648, que substituiu a expressão “Programa Saúde da Família” por “Estratégia Saúde da Família” (ESF), reconhecendo que a mesma não era apenas um programa, mas sim a estratégia de abrangência nacional prioritária de reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2006b). Dessa maneira, a ESF passou a ser a principal “estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde” (ESCOREL et al., 2007, p.165), de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

A ESF é considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por fortalecer a premissa de levar a saúde para perto dos indivíduos e famílias e ser a porta de entrada nos serviços de saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2014). A estratégia procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tendo como foco a promoção da qualidade de vida da população (FIGUEIREDO, 2010). Ela articula os demais níveis de complexidade com a APS, garantindo a integralidade das ações e a continuidade do cuidado, o qual é baseado no trabalho em equipe, priorização da família dentro do território, acolhimento, vínculo e ações de promoção e prevenção. (GARUZI et al., 2014).

O modelo preconiza uma equipe de caráter multiprofissional, formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (MONAHAN et al., 2013). Essa equipe trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. A ESF deve ser a porta de entrada ao sistema local, o primeiro contato com os serviços de saúde, e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos, afirmando o princípio da hierarquização (ESCOREL et al, 2007).

A assistência baseada na equipe multiprofissional é um elemento de grande importância, pois a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado de forma mais integral, tornando as práticas de acolhimento e o vínculo mais significativas nas relações afetivas entre os profissionais e usuários (GARUZI et al., 2014).

A APS, por meio da presença de profissionais responsáveis e comprometidos com a comunidade, constitui-se em um nível de assistência à saúde de enorme qualidade. A relação entre profissionais e população deve ser guiada pelo respeito, coerência da prática

clínica, confiança mútua e por condições facilitadas de acessibilidade. Todo encontro deve ser acolhedor, amistoso, promotor de autonomia e empoderamento dos indivíduos e famílias, incluindo-os em seu processo de cuidado. Dessa forma, a prática de atenção primária de saúde na ESF será uma atividade promotora da saúde como prega a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2011).

Com o intuito de superar alguns desafios enfrentados pela ESF, como a integração à rede assistencial, o aumento da resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sua criação visa ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização, aperfeiçoando a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se assim um apoio à Estratégia Saúde da Família (FIGUEIREDO, 2010).

A principal diretriz do SUS que deve ser praticada por esse núcleo é a integralidade, a qual deve estar presente na atitude do profissional de saúde. Além desta, existem outros princípios, pautados na ESF, que devem ser desenvolvidos pelo NASF: ação interdisciplinar e intersetorial, educação em saúde, integralidade, territorialidade, equidade, participação social, humanização e promoção da saúde. A proposta de trabalho do núcleo deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado, à troca de saberes e à pactuação de projetos terapêuticos interdisciplinares que incluam os usuários e a comunidade (HORI; NASCIMENTO, 2014).

O NASF é classificado em duas modalidades, que variam de acordo com a abrangência da ESF, critérios populacionais e composição dos profissionais, e cabe ao gestor definir o elenco dos profissionais, de acordo com a necessidade do território (HORI; NASCIMENTO, 2014). Cada núcleo vincula-se a um número variável de equipes, entre oito e 20, podendo ser composto por até 19 tipos de profissionais, de diferentes formações — psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais de educação física e assistente social (SILVA et al., 2012).

Paralelamente à declaração de Alma-Ata, o Institute of Medicine (1978) sugeriu uma abordagem para avaliar a Atenção Primária, estabelecendo os atributos da APS: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilidade. Esses atributos foram ampliados por Starfield (2002) e classificados em atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e os

atributos derivado: cuidado centrado na família, orientação comunitária e competência cultural, sendo estes considerados fundamentais para firmar a APS como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde (MENDES, 2011; SUMAR; FAUSTO, 2014; ARAÚJO et al. 2014).

A atenção ao primeiro contato “implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio, de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde” (STARFIELD, 2002, p.61). Assim, os usuários devem perceber esse local de atenção como sendo acessível, refletindo-se em sua utilização. A APS deve ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde, e isso ocorre quando a população e a equipe percebem aquele serviço como o primeiro a ser procurado quando há necessidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A acessibilidade é o elemento estrutural fundamental, e para atender ao atributo a unidade de saúde deve ser acessível à população, eliminando barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais (ESCOREL et al., 2007).

A importância desse atributo para a redução da mortalidade e da morbidade é reconhecida há muitos anos, pois o uso de profissionais de atenção primária ao invés de especialistas, para o primeiro contato, leva a uma atenção mais apropriada, melhorando resultados de saúde e diminuindo custos (STARFIELD, 2002). Esse atributo ainda traz vantagens como a redução de hospitalização e de permanência no hospital, aumento do número de ações preventivas e a melhoria da qualidade e oportunidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011).

O atributo da longitudinalidade diz respeito a uma relação pessoal de longa duração entre profissionais/equipe de saúde e pacientes, e implica a existência de uma fonte regular de atenção, podendo ela ser um local, uma equipe ou profissional, e independe da presença ou do tipo de problemas específicos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Nesse acompanhamento, é inerente uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte dos profissionais de saúde e confiança por parte do paciente. (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Essa relação de longa duração está associada a muitos benefícios, como a menor utilização dos serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, custo mais baixo, maior satisfação com o atendimento, diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos mais complexos (STARFIELD, 2002). A natureza longitudinal do cuidado proporciona inúmeras oportunidades para a realização de

intervenções que podem reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2013b).

A integralidade está relacionada à capacidade de as unidades de saúde disponibilizarem ampla gama de serviços e resolverem os problemas de saúde da população (OLIVEIRA et al., 2013b). Implica em as unidades de APS se organizarem para que o paciente receba todos os tipos de serviços de que necessita, utilizando, quando necessário, a articulação com os outros níveis de atenção. Para isso, a atenção primária necessita reconhecer a variedade completa de necessidades de saúde de sua comunidade (STARFIELD, 2002).

Para aplicação deste atributo, o conceito de saúde deve ser visto de forma mais ampliada, no qual “necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto” (BRASIL, 2011, p.33). O atributo está ligado ao aumento das ações de prevenção, maior adesão ao tratamento e maior satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

O último atributo essencial, a coordenação, é definido como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, que devem estar sincronizados e focados em um objetivo comum. Tem o intuito de oferecer à população um conjunto de serviços que respondam a suas necessidades de forma integrada, utilizando os diversos pontos da rede de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Dessa maneira, a essência da coordenação é a informação referente a problemas e serviços, sobre a pessoa e sua história, propiciada pelos sistemas de informação e sua utilização possibilitada pelo fácil acesso a registros disponíveis (BRASIL, 2011).

## 2.2 O CUIDADO E A SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Concomitante com a regulamentação do SUS, a implementação da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família, o Brasil vem se organizando para responder as crescentes demandas de uma população que envelhece. O cuidado a pessoa idosa representa cerca de 40 a 50% das atividades totais do médico de saúde da família e mais de 50% das prescrições realizadas na APS, sendo 75% destas usadas para tratamento ou prevenção de doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2013b).

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global, vivenciado com maior ou menor intensidade em todos os países do mundo. Esse aumento não é um fenômeno

repentino ou inesperado; resulta das transformações demográficas ocorridas nas últimas décadas, sendo considerado um processo irreversível. Essas transformações caracterizam-se por uma sequência de eventos que levam a baixas taxas de mortalidade e fecundidade, aumento da expectativa de vida e consequente elevação da proporção de idosos (CHAIMOWICZ, 2013).

Em todo mundo, a cada segundo duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário, um total anual de quase 58 milhões de indivíduos com 60 anos. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se, que em 2050, esse número aumente para um em cada cinco. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, em 2012 esse número subiu para 810 milhões, e projeta-se que, em menos de 10 anos, esse número alcance um bilhão, e que até 2050, duplique, alcançando dois bilhões, com a população idosa chegando a 30% da população total (UNFPA, 2012).

De acordo com projeções do Banco Mundial (2011), a estimativa é que a população idosa mais do que triplique nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões, em 2010, para cerca de 65 milhões, em 2050, sendo que nesse mesmo ano representará 49% da população ativa, que em 2005 era de apenas 11%. A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que ocorreu nos países mais desenvolvidos, sendo que, em 1960, os idosos representavam três milhões, passando para sete milhões, em 1975, e como dito anteriormente, em 2010 cerca de 20 milhões, representando um incremento de quase 700% em menos de 50 anos. Ademais, o Brasil será o sexto país em número de idosos no mundo, no ano de 2025 (DRUMOND et al., 2013).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera o envelhecimento um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006a; ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

O envelhecimento, considerado um fenômeno biológico, pode expressar-se no idoso de modo singular e único, enquanto processo natural na evolução do ser humano. Desse modo, o idoso não fica incapacitado porque envelhece, ele consegue viver bem e com qualidade. A velhice não deve ser considerada doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são previsíveis, diagnosticáveis e tratáveis (ARAÚJO; BRITO;

BARBOSA, 2008). E esse processo, de sobrecarga, que pode ocasionar uma condição patológica, não é inerente ao envelhecimento, sendo conceituada como senilidade, diferente do natural, chamado de senescência (BRASIL, 2006a).

O envelhecer deve ser encarado como algo natural e inerente a todos os seres vivos. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas públicas específicas para esse grupo. Assim, “quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades” (BRASIL, 2006b, p.1).

O envelhecimento deve ser encarado e vivido com saúde, de forma que os indivíduos sintam-se livres e dispostos a desenvolver suas atividades diárias de vida, mantendo uma vida ativa e com independência, o que exige ações de promoção da saúde da infância até o final da vida. Nessa perspectiva, é essencial traçar estratégias para aproveitar e viver essa fase de forma harmoniosa, equilibrada e com qualidade de vida (MOREIRA et al., 2013). Essa mudança paradigmática implica considerar os idosos indivíduos ativos, participantes na sociedade e em sua saúde, resgatando o exercício da cidadania (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

Existem dois equívocos, relacionados ao envelhecimento, que devem ser combatidos. O primeiro deles é considerar que todas as alterações que acontecem com a pessoa idosa são decorrentes do envelhecimento natural. Esse errôneo conceito pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças, relacionadas à senilidade. O segundo, diz respeito a tratar o processo natural de envelhecimento como algo patológico, levando à realização de inúmeros exames, procedimentos e tratamentos desnecessários, baseados em sinais e sintomas facilmente esclarecidos pela senescência (BRASIL, 2006a). Assim sendo, é de extrema importância que os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos saibam reconhecer e distinguir as alterações do envelhecimento natural e do envelhecimento patológico (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Paralelamente à transição demográfica, constatou-se, no país, outro fenômeno, denominado de transição epidemiológica, caracterizado pela mudança no perfil de morbimortalidade da população, em que as doenças crônicas ocupam lugar de destaque. (MORAES, 2012). Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças crônicas (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes,

câncer e outras, inclusive doenças renais), sendo que, entre 1996 e 2007, a mortalidade causada pelas doenças crônicas aumentou 5%, de 442 por 100.000 habitantes, 463 por 100.000 (SCHMIDT et al., 2011).

Hoje, a transição demográfica e a alteração do perfil de morbimortalidade da população brasileira representam um grande desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo (DRUMOND et al., 2013). Destarte, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas, pois não basta apenas viver mais, é essencial que os anos adicionais sejam desfrutados com qualidade, dignidade e bem-estar (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

A questão do envelhecimento começa a ganhar destaque na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada, em 1982, em Viena-Áustria, pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU). Nesse evento foi elaborado o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, que propôs a adoção do conceito de envelhecimento saudável, que foi incorporado à Constituição Federal do Brasil, em 1988 (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012). A assembleia almejou sensibilizar os governos e sociedades do mundo para a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas para os idosos, e alertar para o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre os aspectos do envelhecimento (FERNANDES; SOARES, 2012).

Nesse cenário, faz-se necessária a implementação de políticas públicas de saúde direcionadas a idosos e seus familiares. Assim, com o objetivo de atender a essa nova demanda, foi estabelecida a Política Nacional do Idoso e criado o Conselho Nacional do Idoso, promulgado pela Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, sendo este o passo inicial para o reconhecimento e importância da população idosa (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996). Assim, a partir deste momento a APS e a ESF ficam definidas como porta de entrada para a atenção a saúde da população idosa (SILVA; SANTOS, 2014).

No ano de 1999 surgiu a primeira Portaria, GM nº 1.395/99, que dispunha sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999). Em setembro de 2003 foi sancionado, pela Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso. Considerado um dos principais instrumentos de regulamentação dos direitos assegurados aos idosos (FERNANDES; SOARES, 2012; WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

Outra importante política pública, que abarca a questão da saúde do idoso, foi o Pacto pela Vida, divulgada pela Portaria nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. A política agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008). Dentro da saúde do idoso, merece destaque o Pacto em Defesa da Vida, que traz como uma de suas seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, a saúde do idoso (BRASIL, 2006a).

No mesmo ano de criação do Pacto pela Saúde foi aprovada a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A mesma tem finalidade de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2006b).

Um dos grandes avanços que essa política trouxe em relação à políticas de saúde do idoso foi a incorporação do conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde no de 2002, na desmistificação da velhice, na valorização da participação dos idosos na vida social e intergeracional (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012). Portanto, o enfoque à saúde do idoso, nessa política, deixou de ser baseado em necessidades, que os colocavam como alvos passivos, e passou a uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento; apoiando a responsabilidade dessa população no exercício de sua participação nos processos políticos e nos aspectos da vida em comunidade (DRUMOND et al., 2013).

Uma das estratégias que vem sendo utilizada para a consolidação de um envelhecimento mais ativo é a promoção da saúde. Ela representa um cuidado fundamental, em que o profissional consegue a melhoria da qualidade de vida do paciente idoso, mudando seus hábitos diários (ROCHA et al., 2011), além de reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde do indivíduo idoso (MALLMANN et al., 2015).

Uma das principais estratégias utilizadas na APS de promoção da saúde é a abordagem em grupo. Na população idosa, os grupos possibilitam uma abordagem mais abrangente da saúde e permitem ampliar a atenção individual centrada no controle das doenças crônicas. Ademais, possibilita intervir nas dimensões culturais e sociais com o intuito de promover qualidade de vida ao idoso (SOUZA; ASSIS, 2012).

Os grupos são importantes meios de promover a educação em saúde na população idosa. Na promoção do envelhecimento ativo, a educação em saúde tem papel primordial,

pois através dela pode-se promover hábitos mais saudáveis de vida, a partir da articulação dos saberes científicos e populares, levando a um envelhecimento mais saudável (MALLMANN et al., 2015).

Outra importante estratégia utilizada na Atenção Primária para o cuidado da pessoa idosa é a caderneta de saúde da pessoa idosa. Ela se torna um instrumento valioso de registro para identificação dos idosos frágeis ou com risco de fragilização. Permite ao profissional realizar um levantamento periódico das condições de saúde do indivíduo, melhor acompanhamento das condições de saúde da população, além de possibilitar o planejamento e a organização das ações. (BRASIL, 2006)

Antes de adoecer, o idoso começa a apresentar determinados sinais de risco, e é função dos profissionais da saúde identifica-los por meio dos registros presentes na caderneta do idoso, para que possam realizar ações de forma precoce, evitando complicações e melhorando a qualidade de vida da população idosa. (BRASIL,2008).

O cuidado ao idoso deve compreender ações que envolvam todos os profissionais e os vários níveis de atenção, e a família deve estar incluída nesse processo. O vínculo com a família do paciente idoso é essencial para se prestar uma assistência de qualidade, porque geralmente são os familiares os principais responsáveis pelo cuidado, necessitando de informações e orientações para prestá-lo de forma adequada e segura (PILGER et al.,2013).

Nesse contexto, os profissionais, principalmente o enfermeiro, devem trabalhar junto com a família, tendo um papel de educadores, orientando-as sobre as particularidades dessa faixa etária e quais os cuidados necessários para promover mais qualidade de vida ao idoso, reforçando, assim, o importante papel das famílias na preservação e na continuidade dos cuidados. (ROCHA et al. 2011)

O envelhecimento da população evidencia a necessidade de investimento em novos programas e políticas de atenção aos idosos, pois, para a preservação do potencial de realização e desenvolvimento de atividades nessa fase da vida é essencial a manutenção da autonomia e saúde do idoso, e a busca da qualidade de vida (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008). Assim, o futuro dessa população irá resultar da avaliação e implementação adequada dessas políticas, que favoreçam o acesso a bens e serviços, e da participação dos idosos na comunidade, de forma a alcançar um envelhecimento ativo e

digno (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012). Ainda, vale ressaltar que a formação de profissionais nessa área de conhecimento é essencial e de grande importância para atender essa crescente demanda dos serviços de saúde.

Na assistência de saúde ao idoso é de extrema importância que os profissionais tenham uma visão holística para atender as reais necessidades dessa população. Atendendo com dignidade e respeito, com o intuito de estabelecer uma boa relação com o idoso, considerando sempre suas vivências, valores e contribuições produzidas ao longo da vida, para o planejamento das ações de saúde (PILGER et al., 2013).

### 1.3 A LONGITUDINALIDADE E O CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A expressão longitudinalidade foi cunhada, em 1974s por Alpert e Charney, e demonstra uma característica crucial da Atenção Primária. A palavra não é encontrada em qualquer dicionário, sendo derivada do termo *longitudinal*, que tem por definição “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002, p.247). A longitudinalidade, na Atenção Primária conceitua-se como uma relação de longa duração entre profissionais de saúde e seus pacientes, no contexto da família e da comunidade (GÉRVAS; FERNANDEZ; SÁNCHEZ, 2012).

O termo continuidade do cuidado tem sido usualmente utilizado com sentido semelhante, ou até mesmo empregado no lugar da palavra longitudinalidade, entretanto, esses termos possuem determinadas especificidades conceituais (BARATIERY; MARCON, 2011; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Isto ocorre com muita frequência na literatura internacional, em que muitos autores (ALLER et al, 2013; FRANKLIN, 2014; UIJEN et al., 2011; HOERTEL; LIMOSIN; LELEU.2 014), 2014) acabam utilizando a nomenclatura continuidade do cuidado, porém, para Starfield (2002), a longitudinalidade transmite com mais fidedignidade essa característica essencial da Atenção Primária.

A continuidade do cuidado é utilizada geralmente para descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou frequentam a mesma unidade de saúde (STARFIELD, 2002). Desse modo, a continuidade não seria uma particularidade da Atenção Primária, ocorrendo nos demais níveis de atenção à saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011). Ela estaria mais relacionada a um problema específico de saúde e aos mecanismos de transferência de informação necessários para auxiliar os profissionais na tomada de decisão em relação ao tratamento dos pacientes, sem preocupar-se com uma

relação de longa duração, podendo o acompanhamento ser realizado pelo mesmo médico ou não (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O acompanhamento longitudinal ocorre independente do tipo ou até mesmo da presença de um problema de saúde. Por meio dessa relação de longa duração os pacientes passam a conhecer e reconhecer como fonte de cuidado aquele profissional ou unidade de saúde, e os mesmos passam a conhecer seus pacientes (STARFIELD, 2002). Destarte, a população identifica uma fonte de atenção como sua, e os profissionais reconhecem “implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença) [...] por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada.” (STARFIELD, 2002, p. 248).

Haggerty et al (2003), em um estudo de revisão de literatura, identificaram três tipos de continuidade: informacional, gerencial e relacional. A continuidade informacional permite a conexão de informações entre os diferentes provedores de saúde, sendo elas relacionadas não somente à condição clínica, como o conhecimento de preferências, valores e contexto do paciente, ou seja, informações relevantes para assegurar o atendimento às necessidades dos usuários. Esse tipo de conhecimento é usualmente acumulado na memória dos profissionais que lidam com os pacientes. (HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade gerencial tem especial relevância nos casos de doenças clínicas crônicas ou complexas que necessitam do envolvimento de várias unidades e profissionais da saúde. A continuidade ocorre quando os serviços são ofertados de forma complementar e em tempo oportuno. A flexibilidade para a adaptação dos cuidados conforme necessidades de cada indivíduo é um importante aspecto deste tipo de continuidade, e quando ela ocorre por um longo período a consistência e a flexibilidade são fatores ainda mais críticos para a continuidade gerencial (HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade relacional é a mais relevante para a APS. Ela diz respeito a uma relação terapêutica contínua entre paciente e um ou mais provedores, ao longo do tempo, e oferece a percepção de garantia de cuidados futuros (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). E mesmo em contextos onde há pouca possibilidade de estabelecimento de uma relação, como nos serviços de alta complexidade, uma equipe consistente pode prover ao paciente senso de previsibilidade e coerência em relação aos cuidados de saúde (HAGGERTY et al., 2003).

Na literatura brasileira, as palavras vínculo e continuidade têm sido utilizadas como sinônimos de longitudinalidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; MARTINS et al., 2014; NORMAN; NORMAN, 2013). Assim, as autoras Cunha e Giovanella (2011) propõem que na literatura referente à APS brasileira seja utilizado o termo vínculo longitudinal, que é definido como “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p.1038).

Essa nova definição, de vínculo longitudinal, está em consonância com a APS brasileira no que se refere à divisão de responsabilidades com uma equipe, além disso, o vínculo com a equipe, ao invés de apenas com o profissional médico, traz maior possibilidade de atender ao atributo da integralidade. Esse termo também pressupõe a utilização de determinadas dimensões ou elementos que são essências na composição desse atributo, sendo eles: fonte regular de cuidados de atenção primária, estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal) e continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A primeira dimensão, fonte regular de cuidados, pressupõe que a população reconheça a unidade de saúde como uma referência para o atendimento de suas necessidades de saúde. Entretanto, para que isso aconteça deve existir a oferta e a disponibilidade dessa fonte de cuidados, a qual deve estar em consonância com as necessidades de saúde da população local. O investimento governamental na implementação de equipes de estratégia saúde da família promoveram a ampliação da Atenção Primária, reforçando essa dimensão do atributo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A relação interpessoal está relacionada à criação de uma relação terapêutica duradoura e contínua entre paciente e profissional, pautada na confiança e responsabilidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). A criação do vínculo permite que, ao longo do tempo, os laços se estreitem e profissionais e usuários passem a se conhecer melhor, além de possibilitar uma aproximação mais efetiva, estabelecendo relações de escuta, diálogo e respeito (BRUNELLO et al., 2010).

A continuidade informacional é considerada a base da longitudinalidade e está relacionada aos registros de saúde, sua qualidade, manuseio e disponibilidade. Esses registros devem favorecer o acúmulo de conhecimento a respeito do paciente, tanto em

relação aos aspectos clínicos quanto de características sociodemográficas, valores e situação familiar. Esses conhecimentos devem guiar os profissionais em suas condutas em relação ao paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Apesar da falta de consenso na utilização do termo, estudos mostram resultados positivos tanto para a continuidade quanto para a longitudinalidade do cuidado. Em estudo de revisão de literatura, as autoras apontam vantagens como menores gastos de saúde, aumento da confiança nos profissionais de saúde e melhor qualidade do cuidado, além de menores taxas de internação e maior adesão aos cuidados preventivos e melhor comunicação (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Outro estudo aponta forte associação entre a continuidade do cuidado e a utilização dos serviços de saúde, e a maior satisfação do paciente (WALRAVEN et al., 2010). Pesquisas recentes também apontam como pontos positivos uma relação mais duradoura com os usuários e melhoria da qualidade de vida (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012), cuidado mais adequado e melhor reconhecimento dos problemas de saúde da população (MORAES; CAMPOS; BRANDAO, 2014).

Estudos internacionais recentes também apontam vantagens em relação a condições específicas de saúde, como no caso da diabetes, em que, através de um estudo de revisão sistemática a respeito da relação da continuidade do cuidado e o diabetes tipo 2, o autor observou uma relação positiva, com tendência de diminuição da hemoglobina glicada em pacientes com diabetes (FRANKLIN, 2014). Outro estudo, realizado na França, com pacientes com problemas de saúde mental, revelou que a melhoria dos cuidados de forma longitudinal poderia reduzir a mortalidade por todas as causas em pacientes com doença mental, principalmente em indivíduos com transtorno bipolar, transtorno depressivo maior ou esquizofrenia (HOERTEL; LIMOSIN; LELEU, 2014).

A longitudinalidade do cuidado ganha destaque quando se trata da saúde do idoso. Estudos revelam que, para a população idosa, esse atendimento, ao longo do tempo, é de extrema importância, sendo muito valorizado pela mesma (BRASIL, 2006a; NUTTING et al., 2003; BARATIERI; MARCON, 2011; ALLER et al., 2013). Entretanto, estudos voltados para essa temática, com enfoque na saúde do idoso, são escassos na literatura.

Algumas pesquisas que abordam essa temática estão relacionadas a estudos avaliativos na perspectiva do indivíduo idoso, entretanto, abordam todos os atributos da APS, não somente a longitudinalidade (OLIVEIRA et al., 2013b; ARAÚJO et al., 2014; MARTINS et al., 2014). Outro estudo que aborda a questão da continuidade do cuidado na

saúde do idoso, apesar de utilizar essa terminologia, está mais relacionado à integração e coordenação do cuidado, do que propriamente ao cuidado longitudinal (VERAS et al., 2014).

O Ministério da Saúde, em seu Caderno 19 da Atenção Básica, que trata especificamente do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, faz menção ao atributo da longitudinalidade no cuidado ao idoso. Ele cita as vantagens da negociação de mudanças de hábitos de forma gradual e continuamente; maior agilidade na percepção de reações inadequadas ao uso de medicamentos ou de condutas, permitindo sua correção de forma mais eficaz; e estreitamento dos vínculos. Entretanto, trata do atributo de forma muito genérica e breve, sem especificar com clareza o impacto do mesmo na saúde do idoso (BRASIL, 2006a).

Destarte, devido à deficiência de pesquisas nessa área, estudos que abordam especificamente essa temática são de extrema importância para melhorar a saúde do indivíduo idoso, além de ser importante meio de afirmar esse atributo nas práticas de saúde, fortalecendo a ESF e o Sistema Único de Saúde (ARCE; SOUZA, 2014). Ademais, uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b) é o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, priorizando as pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

## **2. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a longitudinalidade no cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde no município de Maringá – Paraná.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as práticas de saúde implementadas na assistência ao idoso, através da ESF, como fonte regular de cuidados a essa população;
- Compreender o estabelecimento de relações interpessoais na prática assistencial do cuidado ao idoso na APS;
- Avaliar a continuidade informacional a partir dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilidade de informações sobre o idoso assistido pela equipe da ESF.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos propostos nesta dissertação foi realizado um estudo de campo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações e fenômenos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009); salienta os aspectos holísticos e individuais da experiência humana, buscando esclarecer as múltiplas dimensões de um fenômeno.

A pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores. Esse método se aplica ao “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões”, que são resultado das interpretações que os indivíduos fazem a respeito de “como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2013, p.57). Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do objeto estudado (TURATO, 2005). Pode ser utilizado também para elaboração de novas hipóteses e construção de indicadores qualitativos (MINAYO, 2013).

A abordagem qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, dessa forma, não se tem interesse com a representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão a respeito do objeto em estudo. Concentra-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, e pretende produzir informações aprofundadas e ilustrativas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Pesquisas descritivas pretendem descrever os fatos, fenômenos ou característica de determinada realidade ou população (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Inúmeros são os estudos que podem ser classificados nessa categoria, sendo uma de suas principais características a utilização de técnicas de coleta de dados padronizadas. Além disso, essas pesquisas são muito utilizadas por pesquisadores que estão preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

Já, a pesquisa exploratória tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema pesquisado, com o intuito de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. Essas pesquisas envolvem, usualmente, o levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos que tiveram alguma experiência com o problema a ser pesquisado e análise de exemplos (GIL, 2010).

O presente estudo se define também, com base nos procedimentos técnicos utilizados, como estudo de campo, que se caracteriza por investigações em que, além de levantamentos bibliográficos e documentais, é realizada a coleta de dados junto as pessoas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Esse tipo de estudo centra-se em uma comunidade, que pode ser de trabalho, de estudo, de lazer, ou voltada para alguma atividade humana.

A pesquisa de campo é desenvolvida basicamente por observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas para captar suas explicações e interpretações a respeito do que acontece no grupo. Nesse estudo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é de grande importância que ele tenha tido experiência direta com a situação estudada (GIL, 2002). A pesquisa de campo é utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos a respeito de um problema ou hipótese, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2009).

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Maringá, localizada na região norte do estado do Paraná. A cidade possui uma extensão territorial de 487,052 km<sup>2</sup> e uma população estimada, para 2014, de aproximadamente 391.698 mil habitantes. A população idosa representava, em 2010, cerca de 12% da população total, com 43.716 mil habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente, a rede de Atenção Básica do município é composta por 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Quadro 1) e conta com 71 equipes de Saúde da Família (SF). Das 71 equipes de SF, 20 incluem a Equipe de Saúde Bucal (ESB) - Modalidade I, composta por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, e oito incluem a ESB – Modalidade II, composta por: cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário técnico em higiene bucal. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) conta com o apoio de sete equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e quatro Clínicas Odontológicas do Bebê distribuídas ao longo de seu território.

Floriano	São Silvestre
Aclimação	Tuiuti
Alvorada	Vila Esperança
Alvorada III	Vila Operária

Cidade Alta	Jardim Iguaçu
Grevileas III	Jardim Pinheiros
Guaiapó Requião	Parque Residencial Quebec
Iguatemi	Primo Marcelo Monteschio
Internorte	Império Do Sol
Jardim Industrial	Paris
Jardim Universo	Portal Das Torres
Mandacaru	Vardelina
Maringá Velho	Céu Azul
Morangueira	Piata
Ney Braga	Zona 06
Parigot de Souza	Jardim Olímpico

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde do Município de Maringá, PR.

Para fins deste estudo foram eleitas três UBS, selecionadas conforme o número de população idosa adscrita no âmbito da unidade. Essa informação foi adquirida junto a Secretaria de Saúde do município. Desta forma, em posse do número de idosos adscritos em cada UBS elegeram-se as três com maior contingente de idosos.

A primeira UBS selecionada possuía uma população de 2.843 idosos cadastrados e a segunda, 1.286 idosos, ambas localizadas na região noroeste da cidade, e a terceira, com 1.883 idosos cadastrados, está localizada na região nordeste da cidade.

#### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por profissionais das equipes de ESF e das equipes do NASF atuantes nas UBS selecionadas. Em cada uma das três unidades de saúde foi selecionada apenas uma equipe de ESF, sendo eleita a que possuía maior tempo de atuação na UBS. As equipes de NASF foram eleitas conforme a seleção das unidades de saúde, pois cada UBS possuía apenas um NASF vinculado a ela, dessa forma fizeram parte do estudo três equipes de NASF.

Os critérios de inclusão para os profissionais da ESF foram: integrar uma equipe completa de SF, ou seja, uma equipe com enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde; e atuar na mesma unidade de saúde por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população idosa. Para os profissionais do NASF o critério de inclusão foi atuar na mesma unidade de saúde

por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população idosa.

Todos os profissionais atenderem os critérios de inclusão. Dessa forma, dos profissionais pertencentes à ESF, participaram do estudo três médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Dos profissionais do NASF, participaram um fisioterapeuta, três psicólogos, três nutricionistas, um terapeuta ocupacional, dois profissionais de educação física, um fonoaudiólogo, um assistente social, totalizando 24 profissionais.

#### 4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2015, mediante entrevista semiestruturada individual, norteada por um roteiro com questões referentes à longitudinalidade do cuidado ao idoso e sua prática dentro da Atenção Primária à saúde (APÊNDICE). As entrevistas foram previamente agendadas, conforme disponibilidade de cada profissional, e realizadas na própria unidade de saúde em um local reservado no horário de trabalho. Foi solicitado um local reservado para que o entrevistado pudesse se sentir mais confortável, além de evitar interrupções durante o processo. No início da entrevista, o pesquisador se apresentou, falou sobre o estudo, explanou os objetivos do estudo e sanou as dúvidas do entrevistado, por meio de uma relação amistosa e cordial. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 25 minutos.

A entrevista é uma conversa efetuada face a face, em que há o encontro entre dois indivíduos, em que um deles deseja obter informações a respeito de determinado assunto, através de uma conversa de natureza profissional. É um importante instrumento utilizado na investigação social, e quando realizado por um pesquisador experiente pode ser um meio de coleta de dados superior a outras existentes (MARCONI; LAKATOS, 2009). Ela é bastante adequada para se obter informações sobre o que as pessoas sabem, creem, sentem, desejam, fazem, assim como suas explicações a respeito das coisas (GIL, 2008).

Algumas das vantagens da entrevista são: maior flexibilidade, pois o entrevistador pode repetir ou esclarecer dúvidas; permite quantificação e classificação; técnica eficiente para a obtenção de dados em profundidade; permite captar a expressão corporal do entrevistado; obtêm-se informações mais precisas que podem ser comprovadas de imediato; e propicia a

obtenção de dados referentes a diversos aspectos da vida social (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2009).

Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas com aparelho digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, propiciando maior fidedignidade dos dados.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados seguindo os pressupostos conceituais de Starfield (2002) e Cunha; Giovanella (2011). Starfield define longitudinalidade como uma “relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.” (STARFIELD, 2002, p.248). Essa relação é constituída independente do tipo de doença, ou até mesmo da presença da mesma. Ter uma atenção longitudinal dentro dos serviços de saúde significa que a população possua e reconheça uma fonte de atenção como “sua” (STARFIELD, 2002).

Cunha e Giovanella (2011, p.1038) optam pela utilização do termo ‘vínculo longitudinal’ e o conceituam como “uma relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”. As autoras elencam ainda três dimensões importantes do termo: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de Atenção Primária; o estabelecimento de vínculo terapêutico entre os pacientes e os profissionais de saúde; e a continuidade informacional.

O referencial metodológico utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011), definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem” (BARDIN, 2011, p. 44). A análise de conteúdo é composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A **pré-análise** é a fase de organização que tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações seguintes, em um plano de análise. Essa fase constitui-se de três etapas: a leitura flutuante, a escolha dos documentos e a formulação das hipóteses e objetivos. Essas etapas não precisam necessariamente acontecer em sucessão, mas estão estreitamente ligadas umas às outras (BARDIN, 2011).

A segunda fase é a **exploração do material**, que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração. Nessa etapa, há transformação dos dados brutos, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, sendo longa e tediosa. A terceira fase consiste no **tratamento dos resultados**, os quais passam agora a serem significativos. Dessa maneira, o pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações baseado em seu objetivo previsto, ou até mesmo a novas descobertas (BARDIN, 2011).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Centro de Capacitação e Pesquisa em Projetos Sociais (CECAPS) do município de Maringá/PR, e ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá e aprovado com o Parecer n, 20975/2015 (ANEXO B). A pesquisa foi realizada somente após aprovação do CECAPS, COPEP e dos responsáveis pelas unidades de saúde. As entrevistas foram iniciadas somente após aceitação de participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que informa aos participantes os objetivos da pesquisa e destino dos dados coletados, garantindo também o anonimato dos indivíduos com possibilidade de desistência a qualquer momento.

Para preservação de suas identidades, além da diferenciação dos sujeitos da pesquisa, foram utilizados códigos, em que os profissionais foram identificados com a letra “P” seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (P1 a P24).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. MANUSCRITO 1

#### A LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO: A RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Resumo:** Neste estudo objetivou-se compreender o estabelecimento de relação interpessoal na prática assistencial no cuidado ao idoso na Atenção Primária, referido pelos profissionais de saúde. Trata-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em três Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá. A população foi composta por 24 profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2015, mediante entrevista semiestruturada que, posteriormente, foi submetida à análise de conteúdo categorial. Os resultados demonstram que o vínculo foi percebido como primordial na longitudinalidade e que para sua consolidação são necessários elementos como o atendimento humanizado, o respeito e o compromisso e a resolutividade da atenção. As características da população idosa, como a receptividade social e a grande procura por serviços de saúde, facilitam ainda mais a construção do vínculo.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente; Saúde do idoso; Relações Interpessoais.

**Abstract:** This study aimed to understand the establishment of interpersonal relationship in the healthcare practice in elderly care in primary care, referred by health professionals. It is a qualitative, descriptive and exploratory research, carried out in three Basic Health Units of the city of Maringa. The population consisted of 24 professional teams of Family health strategy and supporting core family health. Data collection was conducted in May and June 2015 through semi-structured interviews, which were later submitted to categorical content analysis. The results demonstrate that the bond was perceived as paramount in longitudinality and for its consolidation are necessary elements such as humane care, respect and commitment, and the outcomes of care. Moreover nature of the aging population and the social responsiveness and the high demand for health services further facilitate the construction of the link.

Keywords: Continuity of Patient Care; Health of the elderly; Interpersonal Relationships.

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo comprender el establecimiento de relaciones interpersonales en la práctica de la salud en la atención de personas mayores en la atención primaria, referido por profesionales de la salud. Se trata de una investigación cualitativa, descriptivo y exploratorio, realizado en tres Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Maringa. La población estuvo conformada por 24 equipos profesionales de la estrategia de

salud de la familia y el apoyo a la salud familiar básica. La recolección de datos se llevó a cabo en mayo y junio 2015 a través de entrevistas semi-estructuradas, que fueron sometidos posteriormente a un análisis de contenido categórico. Los resultados demuestran que el vínculo se percibió como de suma importancia en la longitudinalidad y para su consolidación son elementos necesarios, tales como cuidado humano, el respeto y el compromiso, y los resultados de la atención. Por otra parte la naturaleza del envejecimiento de la población y la capacidad de respuesta social y la gran demanda de servicios de salud a facilitar aún más la construcción del enlace.

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente; Salud del anciano; Relaciones Interpersonales.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira, em decorrência da queda das taxas de fecundidade e mortalidade e da maior expectativa de vida (SOARES *et al.*, 2013)<sup>1</sup>, teve grande impacto e gerou muitas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico de todo o país, com diminuição da população jovem e aumento da população idosa, com forte predomínio das doenças crônico-degenerativas (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012)<sup>2</sup>. Isso vem gerando demandas que requerem respostas das políticas sociais e da saúde que envolvem o Estado e a sociedade, acarretando novas formas de cuidado, em particular os cuidados prolongados e a atenção domiciliar (BRASIL, 2014)<sup>3</sup>.

O perfil epidemiológico dessa nova população idosa é caracterizado por uma tripla carga de doenças, com um grande predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas resultantes de causas externas e agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2014)<sup>3</sup>. Entretanto, o conceito de saúde para essa população não pode ser reduzido apenas à prevenção e ao controle de agravos e de doenças crônicas; deve ser o produto da relação entre vários fatores, como a saúde física, mental, capacidade funcional, a independência financeira e o suporte social.

Assim, a implementação efetiva de políticas públicas que priorizem a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional e a valorização das redes de suporte social, são de extrema importância no contexto da saúde do idoso (ARAÚJO *et al.*, 2014)<sup>4</sup>. Essas ações se consolidam principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), através da efetivação de um de seus atributos — a longitudinalidade do cuidado.

Considerado característica central e exclusiva da APS (STARFIELD, 2002)<sup>5</sup>, o termo longitudinalidade conceitua-se como uma relação de longa duração entre os profissionais de saúde e seus pacientes, no contexto da família e da comunidade (GÉRVAS; FERNANDEZ; SÁNCHEZ, 2012)<sup>6</sup>. Implica a existência de um local, indivíduo ou uma equipe que sirva de fonte de atenção à saúde por um período de tempo. Dessa forma, por meio dessa relação de longa duração, os pacientes passam a conhecer e reconhecer como fonte de cuidado aquele profissional ou unidade de saúde, ou seja, uma referência para o atendimento de saúde (STARFIELD, 2002)<sup>5</sup>.

Na literatura especializada brasileira referente à APS, as autoras Cunha e Giovanella sugerem que seja utilizada a expressão “vínculo longitudinal”, definido como uma relação terapêutica estabelecida entre os profissionais e pacientes da equipe da Atenção Primária, que se traduz no reconhecimento e na utilização da unidade básica como fonte regular de cuidado ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>7</sup>. Essa expressão pressupõe a utilização de determinadas dimensões ou elementos, que são essenciais para a composição desse atributo, e um deles é o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (relação interpessoal) (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>7</sup>.

O vínculo pode ser entendido como uma relação interpessoal entre usuário e profissional da saúde, a qual é permeada por afetividade, confiança e corresponsabilização, construída durante longo período de tempo (BRASIL, 2012)<sup>8</sup>. O vínculo pressupõe, em primeiro lugar, uma boa relação entre os profissionais da saúde e seus pacientes, ou seja, uma relação que envolve confiança e boa comunicação, considerando sempre os aspectos biopsicossociais dos usuários e suas queixas (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>7</sup>.

O conceito de vínculo também está estritamente ligado aos termos humanização e responsabilização; ele aproxima, liga os sujeitos, permitindo o envolvimento mútuo dos mesmos (ILHA *et al.*, 2014)<sup>9</sup>. A consolidação do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde é de extrema importância dentro da APS, sendo considerado um dos princípios deste nível de atenção pela Política Nacional de Atenção Básica (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>7</sup>. Também favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos (ILHA *et al.*, 2014)<sup>9</sup>, beneficiando a participação do usuário, aumentando a eficácia das ações em saúde (NORA; JUNGES, 2013)<sup>10</sup>.

A construção do vínculo propicia ao usuário e ao trabalhador da saúde encontrar suas potencialidades, criando relações mais recíprocas e a produção de atos terapêuticos

corresponsabilizados e coautorais. Após consolidado, quanto mais intenso for o vínculo melhores serão os resultados e a relação entre profissional e paciente, aumentando a troca de saberes (CARLI *et al.*, 2014)<sup>11</sup>.

Para determinados grupos populacionais — jovens ou pessoas saudáveis —, a criação do vínculo pode não ser determinante para a avaliação da qualidade da Atenção Primária à saúde, entretanto, para grupos mais vulneráveis, por exemplo os idosos, o vínculo é extremamente valorizado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>7</sup>. Entender como se constrói essa relação entre profissional e paciente idoso é de suma importância para a busca de um cuidado contínuo, de melhor qualidade, mais integral e de forma mais humanizada. Assim, o objetivo do presente estudo foi compreender o estabelecimento de relação interpessoal na prática assistencial no cuidado ao idoso na Atenção Primária, referidos pelos profissionais da saúde, no município de Maringá – Paraná.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipificada em descritiva e exploratória, realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maringá, cidade localizada ao norte do estado do Paraná. Atualmente, a rede básica do município é composta por 32 UBS e conta com 71 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sete equipes de Núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e 28 Equipes de Saúde Bucal (ESB) distribuídas ao longo de seu território.

Para o presente estudo foram eleitas três UBS, as quais foram selecionadas conforme o número de população idosa adscrita. Essa informação foi adquirida junto a Secretaria de Saúde do município. Em posse do número de idosos adscritos em cada UBS elegeram-se as três com maior contingente de idosos. A primeira UBS selecionada possuía uma população de 2.843 idosos cadastrados; a segunda, 1.286 idosos, ambas localizadas na região noroeste da cidade; e a terceira tinha 1.883 idosos cadastrados, localizada na região nordeste da cidade.

A população de estudo foi composta por profissionais das equipes de ESF e das equipes do NASF atuantes nas UBS selecionadas. Para cada uma das três unidades de saúde foi selecionada uma equipe de ESF, sendo eleita a que possuía maior tempo de atuação na UBS. As equipes de NASF foram eleitas conforme a seleção das unidades de saúde, pois cada UBS possuía apenas um NASF vinculado a ela, dessa forma fizeram parte do estudo três equipes de NASF. A população da pesquisa foi composta por: três médicos,

três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um fisioterapeuta, três psicólogos, três nutricionistas, um terapeuta ocupacional, dois profissionais de educação física, um fonoaudiólogo, um assistente social, totalizando 24 profissionais da saúde.

Os critérios de inclusão para os profissionais da ESF foram: integrar uma equipe completa de ESF, ou seja, uma equipe com enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde; e atuar na mesma unidade de saúde por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população idosa. Para os profissionais do NASF o critério de inclusão foi atuar na mesma unidade de saúde por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população idosa.

Os dados foram coletados entre os meses de maio e junho de 2015, através de entrevista semiestruturada, norteada por um roteiro com questões referentes à longitudinalidade do cuidado ao idoso e sua prática dentro da APS. As entrevistas foram previamente agendadas, conforme disponibilidade de cada profissional, e realizadas na própria unidade de saúde, em local reservado, no horário de trabalho. Após autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em aparelho digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, propiciando maior fidedignidade dos dados. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 25 minutos.

A análise dos dados considerou os pressupostos conceituais de Cunha e Giovanella (2011)<sup>7</sup>. Essas autoras optam pela utilização da expressão 'vínculo longitudinal' e o conceituam como uma relação terapêutica que é estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de APS, que vai se traduzir no reconhecimento e na utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>7</sup>. Além disso, as autoras elencam três dimensões importantes da expressão: existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o estabelecimento de vínculo terapêutico entre os pacientes e os profissionais de saúde; e a continuidade informacional, que será abordada no presente estudo.

O referencial metodológico utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática, composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase foram realizadas inúmeras

leituras, com o intuito de sistematizar e operacionalizar os dados, sendo depois grifados os pontos de interesse. Na segunda fase, os dados foram organizados conforme o objetivo da pesquisa e a similaridade das falas; e a na última etapa foram feitas as inferências e interpretações dos resultados (BARDIN, 2011)<sup>12</sup>.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 422/92012, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), mediante Parecer nº 20975/2015. Para a preservação das identidades, além da diferenciação dos sujeitos da pesquisa, foram utilizados códigos, em que os trabalhadores foram identificados com a letra “P” seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (P1 a P24).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Compuseram o estudo 24 trabalhadores da saúde, sendo oito do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A média de idade foi de 38 anos, e a faixa etária variou de 24 a 60 anos. O tempo de atuação na UBS variou de dois anos e meio a 30 anos, com média de sete anos, e o tempo de trabalho na mesma unidade variou de dois anos e meio a 15 anos.

Dos depoimentos emergiram dois eixos temáticos que nortearam a apresentação dos resultados. O primeiro deles, se refere aos elementos que são essenciais para a construção do vínculo com o idoso na Atenção Primária; e o segundo diz respeito às condições próprias do envelhecimento que são facilitadores para a criação do vínculo entre os trabalhadores da saúde e o indivíduo idoso.

### **ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO DURADOURO COM O IDOSO**

Os elementos que emergiram dos depoimentos como essenciais para a criação do vínculo com o idoso estão diretamente relacionados a comportamentos e características que devem estar presentes no cotidiano e nas relações dos profissionais que atuam na Atenção Primária.

O primeiro elemento diz respeito ao compromisso e à responsabilidade que os profissionais da APS devem ter com o trabalho e o atendimento da população idosa. A

dedicação do profissional no seu cotidiano, responsabilizando-se pelo atendimento integral e de qualidade, favorece o estabelecimento do vínculo junto aos idosos.

*Dedicação, seriedade, honestidade. O profissional deve fazer o seu trabalho bem feito, eu vejo assim. [...] Trabalho deve ter dedicação, paciência, calma. Você não pode estar queimando etapas, precisa estar subindo degrau por degrau. (P3)*

*Eu sempre falo. Marcou com o paciente 9:30, se o paciente chegou e a diretora quer falar comigo, ela vai esperar. O meu compromisso é com a população. Eu estou aqui para a população. [...] Então o compromisso com a população de responsabilidade, de que marcou e tem que estar disponível. A não ser que ficou doente, caso contrário, precisa ter respeito com a população. (P1).*

A própria efetivação do vínculo, pelos fortes laços criados entre os indivíduos, fortalece ainda mais esse senso de compromisso do profissional para com o idoso. Esse sentimento de responsabilização e de compromisso faz com que a população se sinta valorizada e veja o trabalhador de saúde como referência quando necessita de qualquer auxílio, intensificando o vínculo entre o profissional e o indivíduo idoso (ARRUDA; SILVA, 2012)<sup>13</sup>.

A população idosa também possui papel fundamental em seu processo de saúde/doença, e deve ser responsável juntamente com toda a equipe de saúde. Os profissionais devem sempre procurar promover a autonomia do sujeito, estimulando seu protagonismo, principalmente no que se refere às doenças crônicas que necessitam de um cuidado prolongado e maior controle por parte do paciente idoso (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013)<sup>14</sup>.

Na prática, essa dedicação profissional também pode ser percebida quando há empenho na busca da resolução dos problemas cotidianos que são trazidos pelos pacientes idosos (ARRUDA; SILVA, 2012)<sup>13</sup>. Isso remete ao segundo elemento considerado essencial para a formação do vínculo, a resolutividade do trabalho prestado pelos profissionais da Atenção Primária.

A resolutividade está relacionada à solução dos problemas de saúde da população, ou seja, quando ocorre um problema de impacto coletivo, ou um indivíduo busca atendimento, o serviço deve estar apto para enfrentar e resolver o mesmo, dentro do seu nível de complexidade, articulando o cuidado entre os níveis assistenciais. Uma unidade de saúde, para ser considerada resolutiva, deve ser capaz de atender às demandas e quando

necessário, realizar os encaminhamentos para os outros níveis de atenção, modificando positivamente a condição de saúde de indivíduos e famílias (TORRES *et al.*, 2012)<sup>15</sup>.

Percebe-se, nos depoimentos dos profissionais, que atender as demandas e necessidades apresentadas pelos idosos torna-se primordial para a consolidação do vínculo, pois é por meio do trabalho resolutivo que emerge o sentimento de confiança, que fortalece a relação interpessoal profissional-idoso, essencial no processo de construção de vínculo.

*É tentar solucionar a demanda. Se não vai solucionar aqui na unidade, mas vai encaminhar pra quem solucione, ou vai dar um retorno. (P21)*

*Muitas vezes não podemos oferecer aquilo que o idoso precisa, mas podemos dar os encaminhamentos. Ele sentir que aqui tem pessoas dispostas a ajudá-lo. Muitas vezes não atender aquilo que ele necessita, porque talvez não seja na unidade de saúde, mas dar os encaminhamentos. O paciente sentir que de alguma forma vai ser suprido em sua necessidade. (P24)*

*Eu acho que a facilidade de criar o vínculo é quando conseguimos responder as demandas que os pacientes nos trazem, e então eles percebem que conseguimos prestar a assistência daquilo que ele estava pedindo. (P22)*

Na Atenção Primária, a resolutividade não está ligada somente à criação do vínculo com os profissionais de saúde; está associada também ao conhecimento técnico dos mesmos, à atenção acolhedora durante os atendimentos, à estrutura dos serviços de saúde, e ao significado da relação entre profissional e usuário, que permite que dois indivíduos atuem sobre a saúde, buscando sempre a satisfação do usuário (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011)<sup>16</sup>.

Para os profissionais entrevistados, a criação do vínculo com o idoso também depende do atendimento prestado pela equipe, que deve ser permeado por relações de respeito, empatia e acolhimento, o que se pode observar nas falas a seguir:

*Eu acho que da parte da unidade é a forma como buscamos estabelecer esse vínculo. Porque se o profissional que for, por exemplo, fazer a visita domiciliar. Se ele for acessível, respeitoso, tentar estabelecer um vínculo de uma maneira adequada. Provavelmente o sucesso na criação do vínculo vai ser maior. Agora se for uma conversa técnica, sem nenhuma abertura, sem possibilidade de responder perguntas, sem explicar, ou de ouvir, principalmente ouvir essa pessoa nas suas angústias, no seu sofrimento, não vai ser possível estabelecer um bom vínculo. Então possibilidade de escuta, de*

*acolhimento, [...] de entrar na casa, de não ter problema de entrar na casa da pessoa, de pegar na mão. São coisas básicas que vão fortalecer essa possibilidade do vínculo. (P6)*

*Acho que o profissional deve ser humano. Acho que o elemento essencial é realmente a tecnologia leve, não a tecnologia dura. É você saber conversar com o idoso, é ser simpático, é você se colocar no lugar dele. Você interagir com ele, entender, orientar, sem subestimar. Sem simplesmente falar “não, a senhora está reclamando demais”. Acredito que atender com humanidade, com um olhar humanizador. (P16)*

*Eu acho que o diálogo, a orientação, a escuta. Muitas vezes esquecemos um pouco de escutar. Vamos falando e não escutamos muito. Então eu acho que é essencial à escuta, o diálogo, a orientação. (P17)*

Os trabalhadores expressam a existência da valorização do atendimento humanizado, extrapolando a dimensão técnica da assistência para que ocorra a vinculação e, conseqüentemente, o atendimento longitudinal dentro da saúde do idoso (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012)<sup>17</sup>. O cuidado de forma humanizada deve ser uma realidade no atendimento ao idoso, e requer do profissional o respeito à velhice e ao seu processo, com uma abordagem centrada na identidade do indivíduo e não na doença, respeitando suas crenças e valores e garantindo sempre a sua privacidade. Portanto, é essencial o empenho do profissional na busca pela humanização da assistência, que sirva de modelo para sua prática cotidiana, respeitando e preservando a dignidade da pessoa idosa (DIAS *et al.*, 2015)<sup>18</sup>.

O próprio envelhecer traz consigo características próprias que, segundo os profissionais entrevistados, auxiliam na construção e no fortalecimento do vínculo com o idoso, o que remete à próxima categoria, que aponta quais peculiaridades do envelhecimento influenciam diretamente a relação entre profissional e idoso.

## **CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS DO ENVELHECIMENTO E A CRIAÇÃO DO VÍNCULO DURADOURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

O vínculo é uma parte essencial da longitudinalidade do cuidado ao idoso, pois é através dele que a confiança, o bom relacionamento e o contato frequente entre profissional e usuário acontecem. Esses elementos são fundamentais para que a continuidade da assistência ocorra e seja bem-sucedida no âmbito da APS.

O estabelecimento do vínculo com o idoso não é algo que ocorre de forma imediata, demanda do profissional muita dedicação e determinado tempo para se

consolidar (CARLI *et al.*, 2014)<sup>11</sup>. Desse modo, é necessário que o usuário esteja em contato frequente com os trabalhadores da saúde e utilize os serviços da APS de forma recorrente.

Os profissionais dizem, em seus depoimentos, que uma das facilidades na criação do vínculo com o idoso ocorre pelo frequente contato que ele tem no dia-a-dia com a equipe e com o serviço de saúde. Esse contato ocorre, pois é uma população muito acessível, que busca a unidade de saúde com regularidade e compreende que aquele serviço é a referência para os cuidados de saúde.

*Quando a pessoa já tem familiaridade com a unidade de saúde. É um usuário frequente da unidade e sempre que precisa utiliza, o vínculo é muito fácil, rapidinho. (P12)*

*A facilidade para a criação do vínculo é porque os idosos vêm em busca de tudo que a unidade de saúde pode oferecer. Orientação, cuidados, manejo, medicamentos, exames. Isso é uma facilidade para a criação do vínculo. (P3)*

*A facilidade é que os idosos são um público bem frequente na unidade. São os que mais procuram realmente. Então essa é uma facilidade. Você consegue ter um contato maior com eles. (P14)*

A compreensão por parte do idoso da equipe/unidade de saúde como uma referência de cuidado fortalece ainda mais a relação de vínculo estabelecida com o profissional. Permite ao idoso construir uma relação de maior proximidade com esse trabalhador, pois, o contato entre ambos torna-se algo recorrente.

Essa estreita relação entre profissional e usuário leva à maior continuidade dos cuidados, o que afeta diretamente a qualidade e a eficácia do tratamento médico, pois, o paciente passa a fornecer melhores informações a respeito do seu estado de saúde. Ademais, os cuidados providos pela mesma equipe de saúde por um longo período de tempo reforçam ainda mais a confiança do usuário nos profissionais da saúde (LIM; LEE; HWANG, 2011)<sup>19</sup>.

Na população idosa, devido à maior taxa de incidência de doenças crônicas, há necessidade, com mais frequência, de cuidados contínuos de saúde, assim o bom relacionamento entre médico e usuário desempenha um papel ainda mais importante no estado de saúde desse idoso. O contínuo uso dos serviços de saúde afeta diretamente a confiança nos profissionais, o que induz a uma relação mais próxima com os mesmos,

influenciando também na quantidade de cuidados médicos consumidos por esse paciente idoso (LIM; LEE; HWANG, 2011)<sup>19</sup>.

O estilo de vida da população idosa também contribui para que a mesma se torne mais acessível aos cuidados de saúde e às equipes da APS. Devido à aposentadoria, os idosos passam a ter maior disponibilidade de horários, permanecendo com mais frequência em suas residências, facilitando o contato e a construção do vínculo com a equipe de saúde.

*Os idosos são mais acessíveis em casa, pois a maior parte já não trabalha mais, ou trabalha menos. Não sei se é uma regra a questão da redução da jornada de trabalho, mas isso permite um contato maior com o idoso. A própria participação deles, a inserção nos grupos. Isso possibilita um vínculo do idoso com os profissionais da unidade de saúde, que talvez naquele adulto trabalhador que vem a unidade uma vez por ano, a mulher que vem só fazer o preventivo, fica muito mais difícil. Então eu acho que são as condições sociais, econômicas e de saúde que acabam favorecendo essa relação. Não porque o idoso é mais fácil de vincular, mas porque normalmente ele é mais acessível as nossas buscas, ao nosso contato. (P6)*

Nesse contexto, um dos profissionais que tem papel fundamental na consolidação do vínculo é o agente comunitário de saúde (ACS). Devido à própria dinâmica de trabalho, o agente de saúde acaba tendo uma relação maior de proximidade com a população, pois além de residir na área em que atua, utiliza, como principal instrumento de trabalho, a visita domiciliar.

A visita domiciliar é uma importante ferramenta de trabalho do ACS, na qual o vínculo pode ser criado e fortalecido, pois é o momento em que o profissional tem a possibilidade de dialogar e conhecer as necessidades do indivíduo. É justamente nesse momento que as tecnologias leves ganham espaço, porque a ligação entre profissional e usuário se consolida apenas através das relações de escuta e de trocas (CARLI *et al.*, 2014)<sup>11</sup>.

Na atenção a saúde do idoso, a visita domiciliar torna-se importante estratégia de intervenção, porque há a possibilidade de aproximação do contexto social e familiar desse paciente. Assim, além de avaliar o próprio idoso é possível voltar o olhar para outras questões que influem no processo saúde/doença. Desse modo, pode-se prestar uma assistência ao idoso com foco na promoção e prevenção, de forma universal, integral e com equidade (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012)<sup>2</sup>.

Outra característica apontada pelos profissionais, em seus depoimentos, como facilitadora da criação do vínculo é a receptividade social apresentada pelos idosos. Muitos

apresentam uma gradativa redução de sua rede social, decorrente da dinâmica socioeconômica vivida na sociedade moderna. A aposentadoria, os filhos inseridos no mercado de trabalho, netos em idade escolar e, às vezes, a viuvez, são condições que imprimem um círculo de convivência social restrito ao idoso. Essas condições favorecem a interação desse grupo populacional com a equipe de saúde.

*Acredito que a população idosa é a mais fácil pra você criar o vínculo. Porque eles estão muitas vezes sozinhos, precisam de alguém para conversar. Então vai o ACS ou outro profissional da equipe para a visita domiciliar e nota-se que estão mais abertos para a criação desse vínculo. Eles têm mais tempo e também essa necessidade da interação social. (P23)*

*Acho que a facilidade da criação do vínculo é muito grande, porque o idoso geralmente é carente. Tem a síndrome do ninho vazio. Normalmente buscam a unidade de saúde para ter atenção ou ter uma conversa. Não que eles sejam hipocondríacos, mas sentiu uma dorzinha “ah, eu vou na unidade, porque lá eu sei que tem o cuidado, lá vão me ouvir, vão investigar”. Eu acho que o vínculo é muito favorável por esses aspectos que eles apresentam. (P16)*

Essa população, ao buscar atendimento nos serviços de saúde, demonstra um interessante e complexo fenômeno de construção de identidade e vínculo socioafetivo. Os idosos veem nos trabalhadores de saúde uma referência social para o seu cuidado, abarcando as diversas necessidades biopsicossociais inerentes à condição humana.

Nesse contexto, um dos sentimentos que pode surgir, e que tende a ser muito recorrente no envelhecimento, é a solidão. Questões sociais e psicológicas — a depressão, o isolamento social e abandono —, parecem estar relacionadas ao seu surgimento. A solidão interfere de forma direta na qualidade de vida do indivíduo, que se priva do convívio social, afetando suas atividades diárias de vida (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014)<sup>20</sup>.

Em um estudo realizado, no ano de 2014, com 83 idosos institucionalizados no distrito de Coimbra, em Portugal, a solidão foi considerada um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (VICENTE *et al.*, 2014)<sup>21</sup>. Ademais, os idosos que já possuíam quadros instalados de depressão foram os que apresentaram maior agravamento do sentimento de solidão, causando um ciclo vicioso (VICENTE *et al.*, 2014)<sup>21</sup>.

Outro estudo, realizado na Holanda, com 285 idosos da comunidade, observou que, nessa fase da vida, a solidão estava associada diretamente à gravidade dos sintomas

depressivos. Além disso, idosos que se sentiam muito solitários estavam menos propensos a atingir a remissão de seu quadro depressivo, em comparação àqueles que não sentiam solidão (HOLVAST *et al.*, 2015)<sup>22</sup>.

Um dos instrumentos de grande valia que deve ser utilizado não somente para acolher esse idoso, mas também para auxiliar a criação e o fortalecimento do vínculo com ele, nesse momento, é a escuta. O ato de ouvir atentamente as suas necessidades, faz o idoso sentir-se valorizado, aumentando a relação de confiança entre usuário e profissional. E em muitos casos há intensificação dessa ligação, e os idosos passam a enxergar os trabalhadores como amigos e até confidentes, facilitando ainda mais a vinculação (ARRUDA; SILVA, 2012)<sup>13</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu conhecer a concepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária quanto ao vínculo e à longitudinalidade do cuidado na atenção à saúde do idoso. Refletir a respeito do cotidiano e das práticas de saúde é o primeiro passo para melhorar a qualidade da assistência, em busca de um atendimento mais integral e humanizado para os idosos usuários da APS.

Os profissionais entendem que o vínculo é um elemento primordial no cuidado longitudinal ao idoso, e para que ocorra a sua efetivação, elementos essenciais, entre os quais a dedicação e o compromisso, a resolutividade das ações e o atendimento de forma humanizada, devem fazer parte do cotidiano e das relações dos trabalhadores da APS. Os profissionais também disseram que existem facilidades na criação do vínculo: o frequente contato com o idoso, e dificuldades relacionadas à rotatividade de profissionais e à grande demanda de atendimentos.

Apesar de o estudo ter limitações quanto à análise apenas da concepção dos profissionais da saúde, ele insere informações relevantes para se repensar o processo de trabalho dentro da Atenção Primária, buscando-se sempre melhorar a assistência prestada à população idosa. Ademais, novos estudos que abordem a visão dos gestores e usuários do serviço de saúde seriam de grande relevância, pois abordariam uma nova perspectiva do vínculo e da longitudinalidade do cuidado.

## **REFERÊNCIAS**

1. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Souza GHL, Corrêa T. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idosa e família. *Rev Pesquisa Cuid Fundam*. 2013 out-dez; 5(4):583-90.
2. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2012 ago. [Acesso 2015 out 31]; 17(8):2105-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en).
3. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso nacional de secretarias municipais de saúde. Maio 2014.
4. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida JHJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Colet* [online]. 2014 ago. [Acesso 2015 Nov 7]; 19(8): 3521-32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en).
5. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
6. Gérvas J, Fernandez MP, Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26( supl. 1).
7. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. [online] 2011[Acesso 20 nov 2015]; 16(Supl.1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 set. 2014.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
9. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saúde* 2014 jul-set; 13(3):556-62.
10. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na Atenção Básica: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2013 dez [Acesso 18 set 2015]; 47(6):1186-200. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=en).
11. Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2014 jul-set; 23(3):626-32.
12. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* [Online]. 2012 out [Acesso 18 set 2015]; 65(5):758-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en).
14. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm.* [Online]. 2013 ago [Acesso 19 set 2015]; 66(4):514-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400008&lng=en).
15. Torres LM, Marques LMF, Tannure MC, Penna CMM. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. *Rev Bras Enferm.* [Online]. 2012 out [Acesso 18 set 2015]; 65(5):822-8.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500016&lng=en).

16. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 jun; 32(2):345-51.
17. Baratieri T, Mandú ENT, Marcon S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. *Cienc enferm*. [Online]. 2012 ago [Acesso 18 set 2015]; 18(2):11-22. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es).
18. Dias KCCO, Lopes MEL, França ISX, Batista SS, Batista JBV, Souza FS. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2015 jan-mar 7(1):1832-46.
19. Lim JY, Lee HH, Hwang YH. Trust on doctor, social capital and medical care use of the elderly. *Eur J Health Econ*. 2011 Apr;12(2):175-88. doi: 10.1007/s10198-010-0288-5.
20. Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Rev bras enferm*. [Online]. 2014 Jun [Acesso 18 set 2015]; 67(3):450-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000300450&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300450&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140060>.
21. Vicente F, Espirito-Santo H, Cardoso D, Silva F, Costa M, Martins S et al. Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2014 dez [Acesso 7 Nov 2015]; 63(4):308-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852014000400308&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400308&lng=en).

22. Holvast F, Burger H, Waal MMW, Marwijk HWJ, Comijs HC, Verhaak PFM. Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *J Affect Disord.* 2015; 185:1–7.

## 5.2 Manuscrito 2

### **CONTINUIDADE INFORMACIONAL E SUA IMPORTÂNCIA PARA A LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

**Resumo:** O objetivo do presente estudo foi o de compreender a continuidade informacional no cuidado ao idoso na Atenção Primária, referido pelos profissionais de saúde. Trata-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com 24 profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde de três Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá. A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2015, através de entrevistas semiestruturadas, que posteriormente foram submetidas à análise de conteúdo categorial. O prontuário eletrônico foi citado como ferramenta importante para a continuidade do cuidado, porque facilita o resgate e os registros das informações, além de permitir compreender todo o histórico de saúde do paciente. Algumas dificuldades, como a falta de contrarreferência e de integração do sistema eletrônico também foram apontadas pelos profissionais. Os registros em saúde são elementos essenciais para prestar um cuidado longitudinal e integral ao idoso. Prontuários de qualidade permitem que os profissionais prestem uma assistência de forma mais global, com foco nas ações de promoção e prevenção da saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Continuidade da Assistência ao Paciente; Sistemas Computadorizados de Registros Médicos.

**Abstract:** The aim of this study was to understand the informational continuity in elderly care in primary care, referred by health professionals. It is a qualitative, descriptive and exploratory research, conducted with 24 professionals of the Family Health Strategy and Support Center Health three Basic Health Units of the city of Maringa. Data collection was conducted in May and June of 2015 through semi-structured interviews, which were later submitted to categorical content analysis. The electronic medical record was cited as an important tool for continuity of care, since it facilitates the rescue and records of information, as well as allowing understand the whole health history of the patient. Some difficulties, such as lack of counter-electronic and system integration were also pointed out by professionals. The health records are essential elements to provide longitudinal and comprehensive care to the elderly. Quality records allow professionals to provide a more comprehensive form of assistance, focusing on promotion and health prevention actions.

Keywords: Health of the Elderly ;Continuity of Patient care; Medical Records Systems Computerized.

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue comprender la continuidad informativa en el cuidado de ancianos en la atención primaria, referido por profesionales de la salud. Se trata de una investigación cualitativa, descriptivo y exploratorio, realizado con 24 profesionales de las tres Unidades Básicas de Salud Estrategia de Salud y el Centro de Apoyo a la Familia de la Salud de la ciudad de Maringa. La recolección de datos se llevó a cabo en mayo y junio de 2015 a través de entrevistas semi-estructuradas, que fueron sometidos posteriormente a un análisis de contenido categórico. La historia clínica electrónica se citó como una herramienta importante para la continuidad de la atención, ya que facilita el rescate y registros de información, así como permitir comprender toda la historia de salud del paciente. Algunas dificultades, como la falta de integración de la lucha contra el electrónico y el sistema también fueron señaladas por los profesionales. Los registros de salud son elementos esenciales para la atención longitudinal e integral a las personas mayores. Los registros de calidad permiten a los profesionales para proporcionar una forma más general de asistencia, centrándose en las acciones de promoción y prevención de la salud.

Palabras clave: Salud del Anciano; Continuidad de la Atención al Paciente; Sistemas de Registros Médicos Computarizados.

## INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica ocorrida no Brasil modificou substancialmente a pirâmide etária e aumentou a expectativa de vida da população, levando a um aumento no número de idosos. Órgãos internacionais preveem para o ano de 2025 cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, tendo expressiva importância numérica a faixa dos 80 anos ou mais (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015)<sup>1</sup>.

O envelhecimento da população, atrelado ao forte predomínio de doenças crônicas, representa um grande desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo (DRUMOND *et al.*, 2013)<sup>2</sup>. Dessa forma, é necessária uma assistência centrada nas ações de promoção e prevenção de agravos, com o objetivo de alcançar um envelhecimento mais ativo e saudável, mantendo a funcionalidade, independência e a autonomia dessa população idosa (SILVA; SANTOS, 2014)<sup>3</sup>.

Com o intuito de atender e organizar essa crescente demanda da população idosa por atendimento integral e de qualidade, define-se que a Atenção Primária à saúde, o primeiro nível de atenção, deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde, integrando e coordenando o cuidado, organizando todos os níveis de atenção, atendendo as necessidades da população idosa e garantindo acesso aos demais níveis de complexidade (BRASIL, 2014)<sup>4</sup>.

Um dos atributos da Atenção Primária que pode auxiliar no alcance dessa integralidade é a longitudinalidade do cuidado. Considerada característica central e exclusiva da APS, a longitudinalidade pode ser definida como uma relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de saúde, que se traduz no reconhecimento e na utilização da unidade básica como fonte regular de cuidado ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>5</sup>.

As vantagens do cuidado longitudinal e do vínculo com os profissionais da saúde são mais visíveis e têm grande importância para a população idosa (MCCUSKER *et al.*, 2012). Essa faixa etária geralmente está associada a doenças crônicas, o que tem como consequência maior procura dessa população pelos serviços de saúde (SILVA; SANTOS, 2014)<sup>3</sup>, desse modo, a continuidade dos cuidados é fundamental para garantir melhores condições de vida e um envelhecimento mais saudável.

As autoras Cunha e Giovanella (2011)<sup>5</sup> citam como elemento primordial da longitudinalidade, a denominada “continuidade informacional”, a qual é apontada como a base da longitudinalidade, e diz respeito à qualidade dos registros em saúde, sua disponibilidade e manuseio, de forma a facilitar o acúmulo de conhecimentos da equipe sobre o paciente que cuida. Dessa forma, é a “continuidade informacional” que guia a continuidade do cuidado, sendo viabilizada principalmente pelos registros em prontuários (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>5</sup>.

Um dos grandes desafios da longitudinalidade do cuidado no Brasil está relacionado justamente aos registros em prontuários, especialmente no que se refere à qualidade dos mesmos (CONSELHO, 2011)<sup>7</sup>. Registros de qualidade são fundamentais para dar continuidade ao cuidado prestado dentro dos serviços primários de saúde, tornando-se essenciais para o alcance da longitudinalidade.

A palavra prontuário é derivada do latim *Promptuarium*, e significa um local em que algo é guardado ou depositado e que, posteriormente, quando necessário, será utilizado (GODOY *et al.*, 2012)<sup>8</sup>. O prontuário do paciente trata-se de um documento composto por um conjunto de informações, imagens e sinais registrados que são gerados a partir de acontecimentos e situações referentes à saúde do paciente e da assistência que lhe é prestada. O prontuário possibilita a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado e tem caráter legal, científico e sigiloso (GONÇALVES *et al.*, 2013)<sup>9</sup>.

O prontuário tornou-se uma ferramenta primordial para o desenvolvimento, planejamento e continuidade da assistência em todas as unidades de saúde, além de servir

de subsídio para pesquisas científicas (GODOY *et al.*, 2012)<sup>8</sup>. As informações contidas no prontuário servem de base para a avaliação da situação de saúde da população, e são fonte de alimentação para todos os sistemas de informação governamentais (GONÇALVES *et al.*, 2013)<sup>9</sup>. Ademais, permite aos profissionais da saúde uma visão mais ampliada da assistência prestada, reduzindo chances de erro nas condutas terapêuticas (LIMA *et al.*, 2011)<sup>10</sup>.

Desse modo, compreender de que modo os profissionais percebem o uso dos registros em saúde em seu cotidiano, em relação à saúde do idoso, é primordial para prestar uma assistência integral e de melhor qualidade, com foco no alcance da longitudinalidade do cuidado. Destarte, o objetivo do presente estudo foi compreender a continuidade informacional no cuidado ao idoso na Atenção Primária, referido pelos profissionais da saúde, no município de Maringá-Paraná.

## **METODOLOGIA**

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá, região noroeste do estado no Paraná. A rede básica do município possui 71 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sete equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 28 Equipes de Saúde Bucal (ESB), distribuídas em 32 UBS.

Os sujeitos do estudo foram profissionais da equipe de ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Para o presente estudo foram selecionadas as três UBS que tinham o maior número de idosos cadastrados na ESF. A primeira UBS selecionada possuía uma população de 2.843 idosos cadastrados; a segunda, 1.286 idosos, ambas localizadas na região noroeste da cidade; e a terceira, com 1.883 idosos cadastrados, estava localizada na região nordeste da cidade.

Em cada UBS eleita foi selecionada uma equipe de ESF e a respectiva equipe do NASF atuante nessa unidade, tendo como critério de inclusão o maior tempo de atuação da equipe na unidade de saúde. Assim, participaram deste estudo: três enfermeiros, três médicos, três auxiliares de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um fisioterapeuta, três psicólogos, três nutricionistas, um terapeuta ocupacional, dois profissionais de educação física, um fonoaudiólogo e um assistente social, totalizando 24 profissionais.

Os critérios de inclusão dos trabalhadores atuantes na ESF foram: integrar uma equipe completa de ESF, ou seja, que contivesse o profissional enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde; e atuar na unidade por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população. Já, para a equipe de NASF, o critério foi o de atuar na mesma unidade de saúde por um período mínimo de um ano.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, norteada por um roteiro com questões referentes à longitudinalidade do cuidado ao idoso e sua prática dentro da Atenção Primária à saúde. As entrevistas foram previamente agendadas, conforme disponibilidade de cada profissional, e realizadas na própria unidade de saúde, em um local reservado, tendo duração média de 25 minutos cada. Após a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em aparelho digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, propiciando maior fidedignidade dos dados.

Para a análise dos dados, foram seguidos os pressupostos conceituais de Cunha e Giovanella (2011)<sup>5</sup>. As autoras (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>5</sup> optam pela utilização da expressão ‘vínculo longitudinal’ e a conceituam como uma relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de APS, que vai se traduzir no reconhecimento e na utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo. As autoras elencam três dimensões importantes da expressão: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o estabelecimento de vínculo terapêutico entre os pacientes e os profissionais de saúde; e a continuidade informacional.

O referencial metodológico utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática. Ela é composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase foram realizadas inúmeras leituras, com o intuito de sistematizar e operacionalizar os dados, sendo depois grifados os pontos de interesse. Na segunda fase, os dados foram organizados conforme o objetivo da pesquisa e a similaridade das falas, e na última etapa foram feitas as inferências e interpretações dos resultados (BARDIN, 2011)<sup>11</sup>.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 422/92012, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e

Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), mediante Parecer nº 20975/2015. Para preservação de suas identidades, além da diferenciação dos sujeitos da pesquisa, foram utilizados códigos, em que os trabalhadores foram identificados com a letra “P” seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (P1 a P24).

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

Fizeram parte do estudo 24 profissionais da saúde, oito do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A média de idade foi de 38 anos, e a faixa etária variou de 24 a 60 anos. O tempo de atuação em unidade básica de saúde variou de dois anos e meio a 30 anos, com média de sete anos, e o tempo de trabalho na mesma UBS variou de dois anos e meio a 15 anos.

Dos depoimentos emergiram duas categorias que nortearam a apresentação dos resultados. A primeira delas diz respeito ao prontuário eletrônico como um elemento fundamental que veio a facilitar o cuidado longitudinal ao idoso na Atenção Primária; e a segunda trata da contrarreferência, e sua importância para a longitudinalidade do cuidado ao idoso.

### **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: MEIO FACILITADOR E FUNDAMENTAL PARA A PRESTAÇÃO DO CUIDADO LONGITUDINAL AO IDOSO**

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é um documento de registro de uso coletivo da equipe de saúde porque permite o uso simultâneo em diferentes locais, que tem o objetivo de armazenar todas as informações de saúde, administrativas e clínicas da vida integral do usuário que utiliza os serviços de saúde (LIMA; IVO; BRAGA, 2013)<sup>12</sup>. Ademais, possibilita melhor organização das informações, com maior precisão e confiabilidade, além de as informações serem mais legíveis do que as escritas manualmente (KUPERMAN *et al.*, 2007)<sup>13</sup>, evitando, assim, interpretações erradas a respeito dos dados e, conseqüentemente, a terapêutica inadequada (GONÇALVES *et al.*, 2013)<sup>9</sup>.

Segundo os profissionais, o PEP foi um meio que facilitou o cuidado ao idoso, pois o sistema eletrônico agiliza tanto o registro quanto o resgate das informações de saúde do paciente, além de ser de simples e fácil acesso a qualquer profissional envolvido no

cuidado ao idoso. Ademais, permite criar inúmeras possibilidades, como alertas e relatórios automáticos, que não seriam possíveis com os prontuários manuais.

*O prontuário eletrônico para replicar os medicamentos, é rápido e eficiente. Se você precisa, tem todo o histórico do paciente, não necessita gastar muito tempo, quer dizer, é muito bom. (P11)*

*O prontuário eletrônico é uma revolução [...] é muito fácil, muito simples para acessar [...] Então o prontuário eletrônico é fantástico. (P21)*

*Depois que veio o prontuário eletrônico, facilitou bastante a comunicação entre os profissionais que participam do mesmo tratamento [...] Ele permite bastante anotações, alertas, encaminhamentos, então facilita na questão de agilidade e de descrição das informações. (P24)*

*O prontuário eletrônico é excelente. Podemos lançar a informação, e depois resgatar a informação de outro profissional, de outro atendimento. É excelente. (P15)*

Profissionais de saúde da Inglaterra fizeram observações semelhantes aos relatos da população estudada, afirmando que o prontuário eletrônico melhora a qualidade, a disponibilidade e o acesso às informações do paciente (CLARKE *et al.*, 2015)<sup>14</sup>. Esses benefícios podem ser observados, pois o PEP armazena as informações em apenas um local, permitindo o uso e o compartilhamento dos dados dentro do próprio serviço de saúde e entre as diversas organizações envolvidas no cuidado (CLARKE *et al.*, 2015)<sup>14</sup>.

A implantação de novas tecnologias de informação pode ser um grande aliado quando se trata de serviços de saúde. Como citado anteriormente pelos profissionais, essas tecnologias podem auxiliar na agilidade dos registros, processamento e disponibilidade dos dados. No entanto, a confiabilidade e a qualidade dessas informações cabem aos profissionais que prestam o atendimento, pois, a fonte das mesmas é quase sempre o paciente (CUNHA; GIOVANELA, 2011)<sup>5</sup>.

O fácil acesso propiciado pelo prontuário eletrônico, e até simultâneo, as informações do paciente idoso, torna-se essencial com a configuração multiprofissional das equipes da APS. Com uma gama maior de profissionais envolvidos diretamente no cuidado, os registros em prontuário tornaram-se primordiais para o alcance da longitudinalidade do cuidado ao idoso. Ademais, é uma das principais vantagens do prontuário eletrônico em relação ao manual.

O PEP, além de permitir a agilidade no registro e resgate das informações, possibilita o armazenamento dos dados do paciente durante um prolongado período de tempo, avançando em uma das desvantagens do prontuário manual, a necessidade de um local para acondicionar esses registros, algo que se torna inviável devido aos grandes custos operacionais gerados (GONÇALVES *et al.*, 2013)<sup>9</sup>. Esse armazenamento também é vantajoso no que se refere a outro grande desafio enfrentado pela Atenção Primária, quando se trata da longitudinalidade do cuidado: a rotatividade de profissionais.

Esse registro duradouro das informações do paciente se torna primordial quando há grande rotatividade de profissionais dentro da APS, pois possibilita que esses dados não se percam ou desapareçam quando esses trabalhadores se desligarem dos serviços de saúde. Desse modo, os próximos profissionais terão acesso a toda a história pregressa de seu paciente, sem prejudicar a continuidade do cuidado prestado ao idoso.

*As informações são importantíssimas serem colocadas no prontuário, para que não só o médico possa acompanhar, mas também de repente troca de médico, e esse médico que vai entrar, possa ver essas informações, o histórico do paciente. (P19)*

O prontuário eletrônico torna-se mais eficiente quando há necessidade de troca de profissionais ou serviços, pois permite o resgate das informações a respeito dos atendimentos anteriores. O acesso a esses dados ocorre de forma ágil e segura, evitando e simplificando interrogatórios, exames e procedimentos e geram agilidade no atendimento e redução dos custos (GONÇALVES *et al.*, 2013)<sup>9</sup>.

A facilidade de manuseio e acesso ao prontuário eletrônico fez com que os trabalhadores o utilizassem com mais frequência em seu cotidiano, realizando mais registros e consultando-o com mais regularidade. Como se observa na fala do entrevistado, quando diz que com o prontuário eletrônico todos os profissionais passaram a registrar as informações dos atendimentos, facilitando o cuidado.

*O prontuário eletrônico facilitou muito o nosso dia-a-dia, porque agora todos os profissionais registram as informações. (P10)*

Com a agilidade dos prontuários eletrônicos, os profissionais podem empregar um tempo maior no diálogo com o idoso, permitindo a avaliação global de qualidade dessa pessoa, investigando sua história de vida, com foco nas vulnerabilidades mais frequentes nessa faixa etária; prestando um atendimento de maior qualidade e integral, em

consonância com as diretrizes políticas que regulamentam a atenção à saúde do idoso (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012)<sup>15</sup>.

Durante o atendimento ao idoso, obter acesso às informações progressas de saúde é de suma importância não apenas para prestar um cuidado integral, mas também é fundamental para o alcance da longitudinalidade. Os prontuários são instrumentos primordiais de trabalho na APS, pois, através das anotações neles realizadas, é possível compreender o histórico dos sujeitos, facilitando a compreensão de sua situação de saúde, levando a uma assistência com um olhar mais integral, refletindo diretamente no resultado final, que é a saúde do indivíduo (BARATIERI, 2010)<sup>16</sup>.

*Nunca atendo um paciente sem olhar o prontuário dele. Eu já busco todas as informações, assim quando vou falar com ele já sei tudo que aconteceu. (P13)*

*É protocolo já. Quando vamos atender um paciente, buscamos no prontuário o que foi feito, qual o histórico dele. Seja em visita domiciliar ou atendimento agendado, estamos sempre procurando no prontuário o que foi feito ultimamente. (P22)*

*Vou ao prontuário eletrônico do paciente e já sei todo o histórico dele em saúde. Isso facilita muito o meu cuidado. (P16)*

Em um estudo que buscou analisar as percepções e experiências da continuidade do cuidado, a compreensão do histórico por parte dos profissionais foi apontado pelos pacientes como algo essencial para a continuidade do cuidado (WAIBEL *et al.*, 2012)<sup>17</sup>. Ademais, os pacientes ainda citam que o conhecimento dos profissionais deve ultrapassar a ordem biomédica, deve ser ampliado, conhecimento esse que incluiu os valores, preferências, mecanismos de suporte e o contexto social do paciente que é cuidado (WAIBEL *et al.*, 2012)<sup>17</sup>.

Os registros na atenção primária devem contemplar mais do que apenas condutas clínicas e queixas do paciente. Características sociodemográficas e situação familiar devem fazer parte das anotações presentes no prontuário, guiando e orientando a continuidade do cuidado. A ausência ou a insuficiência desses dados podem refletir a lógica biologistica na interpretação do processo de saúde-doença (CUNHA, 2009)<sup>18</sup>.

O cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária deve basear-se em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por inúmeros fatores, como o ambiente onde vive este idoso, sua relação com o profissional de saúde, o exame físico, a avaliação funcional e a história clínica, que inclui os aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais (SANTOS; CUNHA, 2013)<sup>19</sup>.

Outra vantagem do prontuário eletrônico, apontada pelos trabalhadores de saúde, de grande importância para a longitudinalidade do cuidado ao idoso, é a possibilidade de acompanhamento do indivíduo fora da unidade básica de saúde. Isso ocorre devido à integração do sistema com os outros níveis de atenção, ou seja, há uma interligação que permite que os três níveis tenham acesso à informação do paciente e possam registrar os atendimentos realizados.

*Digamos que o paciente pertença a nossa unidade, mas vá emergencialmente a outra unidade. Agora é mais fácil. Chegando lá eles acessam o prontuário e conseguem saber o que ele usa. (P22)*

*Se o paciente vai ao pronto atendimento ou ao hospital, tenho acesso ao atendimento que foi feito lá. Então o prontuário veio para ajudar. Então eu tenho acesso a isso. É muito bom. (P9)*

*Se o paciente fez algum exame em uma unidade de pronto atendimento ou passou por uma situação de emergência eu tenho acesso aos exames. Nas consultas ambulatoriais que tem o mesmo seguimento e amparo da informatização do município eu também tenho acesso. Consigo visualizar tudo. Ver o que ele está tomando, o que o especialista escreveu. (P19)*

Quando não há essa integração do sistema, a comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção torna-se essencial para que o acompanhamento e a qualidade dos atendimentos não sejam prejudicados. Isso remete à próxima categoria, que trata da contrarreferência como um elemento primordial para que a longitudinalidade ao idoso se efetive no âmbito da Atenção Primária.

## **CONTRARREFERÊNCIA: ELEMENTO ESSENCIAL PARA O ALCANCE DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO**

Apesar dos inúmeros avanços alcançados pelo SUS, cada dia torna-se mais evidente a dificuldade em ultrapassar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a atual gestão do cuidado. O padrão atual de saúde, centrado no cuidado médico e curativo, mostra-se insuficiente para atender as demandas presentes de saúde da população. Dessa forma, o Ministério da Saúde adotou novas formas de organização do sistema de saúde, através das redes de atenção à saúde (RAS), com o intuito de gerar impactos positivos nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010)<sup>20</sup>.

O objetivo de um sistema de saúde organizado em redes é melhorar a eficácia dos serviços de saúde por meio de uma abordagem mais integral de saúde (MUNITIS *et al.*, 2013)<sup>21</sup>. No que se refere à saúde do idoso, essas redes devem organizar a atenção não mais com foco na doença, e sim nas necessidades da população, centrada no indivíduo, na sua interação na comunidade e na família. As particularidades do processo de envelhecer devem ser priorizadas e valorizadas, desde os determinantes sociais, procurando alcançar a resolutividade e a equidade do cuidado (BRASIL, 2014)<sup>4</sup>.

Para que as redes de atenção funcionem e possam atender com qualidade as demandas crescentes da população idosa é necessário que ocorra a comunicação entre os diversos níveis de atenção. A contrarreferência deve ser uma prática comum no cotidiano dos profissionais, pois somente assim é possível conhecer não apenas todo o processo de assistência à saúde do paciente, mas também acompanhar melhor o processo de saúde-doença dele, contribuindo, dessa forma, para melhor resolutividade no serviço, promovendo a longitudinalidade do cuidado (BARATIERI; MARCON, 2012)<sup>22</sup>.

Os depoentes destacam a importância de ocorrer a comunicação entre a APS e os níveis secundários e terciários de atenção, para que esse cuidado, ao longo do tempo, possa ser efetivado com qualidade.

*Se o profissional que vai acompanhar o idoso com mais frequência que o especialista não tiver acesso as informações do que aconteceu nos outros níveis de atenção vai ficar pior ainda. Então precisa saber o que foi feito. Se o paciente foi submetido a algum outro exame, outro procedimento. Se existe algum outro risco que não foi identificado aqui na unidade de saúde. Então essa contrarreferência é importante para a continuidade do cuidado a longo prazo. (P19)*

*Se o paciente foi e voltou do especialista sem as especificações, então não adiantou, os profissionais vão atrás das informações desse paciente. [...] Eu acredito que se não vier, os profissionais cobram. Até porque, se você não souber o que o especialista disse, como que você vai cuidar ao longo do tempo. (P16)*

A comunicação dentro da rede assistencial tornou-se primordial nos serviços de saúde, porque para atender essa nova demanda de saúde da população idosa, a assistência deve ser pautada na continuidade dos cuidados. O atendimento individual e esporádico, reduzido apenas às queixas imediatas, não atende mais as necessidades dessa população. Com o propósito de alcançar essa continuidade da assistência, os profissionais precisam adotar uma ideologia de trabalho baseada na interdisciplinaridade, com uma visão mais

ampliada do indivíduo idoso, considerando todo seu contexto social (BRITO *et al.*, 2014)<sup>23</sup>.

Ainda que entendam a importância da contrarreferência para prestar um cuidado longitudinal e de qualidade, os trabalhadores ressaltaram que esse sistema não funciona de forma satisfatória, ou às vezes é inexistente dentro dos serviços em que atuam. A comunicação, principalmente entre a Atenção Básica e o setor secundário, é falha, e as informações sobre o atendimento ao paciente não chegam até o profissional, prejudicando o cuidado prestado ao paciente.

*Acredito que deveria ter uma via de comunicação melhor. Hoje não existe nenhuma, então pensar em uma melhor já é um sonho. Se tiver a contrarreferência já está ótimo, mas não tem [...] Eles não conseguem registrar nada nos prontuários. Então acabamos não sabendo. (P6)*

*Tem um retorno muito bom sim, em pensamento né. (risadas) Quer dizer, não existe um elo entre o médico da Atenção Básica e o especialista. (P11)*

*Não existe essa contrarreferência. [...] quando você encaminha para um especialista é difícil. Dificilmente você tem uma contrarreferência do profissional. (P23)*

Essa desarticulação da rede, devido à falta de comunicação entre os serviços de saúde, prejudica a resolutividade da Atenção Básica e a continuidade dos cuidados prestados aos usuários, além de sobrecarregar os profissionais que necessitam acrescentar às suas inúmeras funções à de contornar os problemas presentes no sistema (BRITO *et al.*, 2014)<sup>23</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados em outros dois estudos realizados com enfermeiros na Atenção Primária. Ambos observaram que a falta de contrarreferência é um problema a ser enfrentado e combatido dentro dos serviços de saúde, pois sua ausência prejudica a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes (BRITO *et al.*, 2014<sup>23</sup>; BARATIERI; MARCON, 2012<sup>22</sup>).

As políticas públicas e diretrizes voltadas à saúde do idoso preconizam a oferta de uma assistência integral e humanizada, com uma visão ampliada, que busque a resolutividade das demandas. No entanto, constata-se práticas reducionistas e fragmentadas, em que não há troca entre os níveis de atenção, e quando ela existe seu efeito é quase nulo, levando um aumento da demanda do serviço de saúde (BRITO *et al.*, 2014)<sup>23</sup>.

O empenho da Atenção Primária em prestar uma assistência integral ao indivíduo é dificultada pela falta de uma rede de serviços integrada e articulada. Dessa forma, quando a continuidade do cuidado é interrompida há o fortalecimento do modelo clássico de assistência, pautado no modelo biomédico de atenção à saúde, que busca atender queixas imediatas, com foco nos sinais e sintomas apresentados pelos idosos (MACHADO; CALOMÉ; BECK, 2011)<sup>24</sup>.

Devido à falta desse sistema organizado de contrarreferência, cada profissional ou serviço organiza-se de uma forma para conseguir as informações do usuário que foi encaminhado aos outros pontos de atenção (MACHADO; CALOMÉ; BECK, 2011)<sup>24</sup>. Alguns trabalhadores acabam utilizando o próprio paciente idoso como meio de obter as informações das quais necessitam, orientando o paciente a regressar à unidade de saúde assim que retornar do local para onde foi referenciado.

*Nos nossos grupos eu sempre falo “pessoal, se o médico encaminhou vocês para o especialista e ele passou algum medicamento, tragam a receita”. (P1)*

*Pedimos para o paciente nos procurar assim que ele vai ao especialista. (P9)*

*Às vezes do paciente você até tem um retorno. Ele volta e fala “ah passei pelo médico”. Mas do profissional não existe essa contrarreferência. (P23)*

Os profissionais devem ficar atentos ao utilizarem o paciente idoso como fonte de informação, pois, devido a problemas de memória ou até mesmo de comunicação, ele pode não conseguir repassar as informações de forma completa e fidedigna, prejudicando a qualidade e a continuidade do cuidado. Isso pode ser constatado no discurso dos profissionais entrevistados.

*O paciente raramente sabe dizer o qual medicação está tomando. Ele pode até falar do jeitinho dele, mas não da pra confiar, a não ser que venha um filho junto. Do contrário, ele se perde na medicação. “Ah eu tomo aquele amarelinho, aquele azulzinho”. Então para poder cuidar, se não está no prontuário, precisa acontecer à contrarreferência. Tem que ligar, tem que ir buscar. (P13)*

*Geralmente quando você pergunta para o idoso o que ocorreu na consulta com o especialista, nem todos sabem repassar o que realmente aconteceu. E muitas vezes eles não levam o acompanhante junto. Porque no caso do idoso, há essa necessidade do acompanhante para se ter um melhor um entendimento do que aconteceu durante o atendimento. E também em muitos casos, você não consegue ter acesso ao acompanhante. (P14)*

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado por um ligeiro declínio cognitivo, e algumas alterações, por exemplo na memória, podem ser consideradas normais nessa faixa etária. A lentidão e até mesmo o comprometimento da memória são queixas comuns no envelhecimento, sendo que cerca de 50% da população idosa relata essas dificuldades aos profissionais da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2012)<sup>25</sup>.

Nesse contexto, o acompanhante torna-se peça essencial para auxiliar a mediação entre profissional e idoso. A presença do acompanhante durante a consulta merece atenção especial dos trabalhadores da saúde, porque este pode melhorar a comunicação e o processo assistencial, além de auxiliar na tomada de decisão, levando à maior satisfação do paciente idoso (TURABIÁN; FRANCO, 2015)<sup>26</sup>. Entretanto, os profissionais devem buscar sempre novas estratégias para aprimorar a comunicação com os idosos, no intuito de evitar que a longitudinalidade da assistência seja prejudicada.

Alguns trabalhadores, para evitar conflito de informações, fazem pessoalmente a busca do que ocorreu com o paciente nos outros níveis de atenção. Outros profissionais optam pela utilização do agente comunitário de saúde como um meio para obter as informações das quais necessitam.

*Geralmente a contrarreferência não acontece [...] quando a gente não tem e precisa da contrarreferência, precisamos fazer essa busca. (P13)*

*A gente precisa ir atrás para saber o que o médico passou, o que não passou [...] Muitas vezes é a ACS que vai atrás para saber o que foi conversado, o que o médico especialista passou. Se mudou alguma medicação ou não. (P2)*

*Geralmente a gente pede pra agente de saúde ir atrás desse paciente, ver o que aconteceu. (P7)*

Devido ao ACS ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, ele acaba tendo um contato maior com a população idosa do que os outros profissionais de saúde. Dessa maneira, é ele que, muitas vezes, acaba desempenhando esse papel, durante as visitas domiciliares, de atualizar a equipe sobre consultas e procedimentos aos quais o idoso foi submetido, e de qualquer outra informação pertinente relacionada a encaminhamentos para níveis mais complexos de atenção (BRITO *et al.*, 2014)<sup>23</sup>.

A figura do agente comunitário é fundamental dentro da Atenção Primária, pois permite que as necessidades da população cheguem até os profissionais, que assim poderão

planejar as ações em saúde e intervir junto à comunidade. (COSTA *et al.*, 2013)<sup>27</sup>. Além disso, na visita domiciliar o ACS pode capacitar essa população e melhorar seu acesso aos cuidados de saúde, facilitando a adequada distribuição dos recursos de saúde, reforçando o princípio da equidade (HARRIS; HAINES, 2012)<sup>28</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu compreender de que modo os profissionais percebem o uso dos registros, principalmente do prontuário do paciente, no cuidado longitudinal do idoso na Atenção Primária. Pode-se constatar que os profissionais entendem a importância do prontuário, seu uso e da qualidade do registro no cuidado ao paciente idoso, e que as ferramentas, entre as quais o prontuário eletrônico, auxiliam ainda mais os trabalhadores na prestação desse cuidado. Entretanto, algumas dificuldades, como a falta de contrarreferência e de integração do sistema eletrônico, ainda foram apontadas pelos profissionais, e acabam dificultando a continuidade do cuidado.

Os registros em saúde são elementos essenciais não apenas para se prestar um cuidado longitudinal ao idoso, mas também para o alcance do atributo da integralidade dentro da Atenção Primária. Prontuários de qualidade permitem que os profissionais prestem uma assistência de forma mais global, com foco nas ações de promoção e prevenção da saúde, buscando sempre promover a autonomia e a independência do indivíduo idoso.

Pesquisas que tratam dessa temática são de extrema importância para a saúde do idoso. Sugere-se a realização de novas pesquisas, que tratem não somente da perspectiva do profissional, mas também que avaliem a qualidade dos registros no que se refere à continuidade das informações no cuidado ao idoso, possibilitando, dessa forma, observar, no cotidiano desses profissionais, como são utilizadas essas informações e como realmente ocorre esse registro.

Dentre os limites deste estudo pondera-se o fato de se tratar de três UBS de um mesmo município, portanto, sugere-se a realização de estudos semelhantes em outras cidades para que seja possível compreender a continuidade informacional no cuidado ao idoso na Atenção Primária. Ademais, a pesquisa limita-se à visão dos profissionais de saúde a respeito da continuidade informacional, fazendo-se necessário conhecer a

percepção dos idosos e gestores de saúde, na busca por estratégias que permitam melhorar a continuidade do cuidado voltada a essa população.

## REFERÊNCIAS

1. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *RevKairós Gerontologia*. 2015 jan-mar; 18(1):325-39.
2. Drumond CH, Borges NL, Machado CH, Horta PM. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. *Rev APS*. 2013 jul-set; 16(3):320-7.
3. Silva KM, Santos SMA. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Cienc Cuid Saude*. 2014 jan-mar; 13(1):49-57.
4. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais de Saúde; 2014.
5. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* [Internet] 2011 [Acesso 20 set 2016] 16(supl.1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso).
6. McCusker J, Tousignant P, Silva RB, Ciampi A, Lévesque J, Vadeboncoeur A et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ* [Internet] 2012 abr [Acesso 5 jan 2016]184(6). Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/184/6/E307>.
7. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass; 2011. Brasil.

8. Godoy JSM, Gonçalves LS, Peres AM, Wolff LDG. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras J Health Inform. 2012 jan-mar; 4(1):3-9.
9. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. Saúde debate [Internet]. 2013 mar [Acesso 25 nov 2015]; 37(96):43-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100006&lng=en).
10. Lima DFB, Braga ALS, Fernandes JL, Brandão ES. Sistema de informação em saúde: concepções e perspectivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrônico do paciente. Rev Enf Ref [Internet]. 2011 dez [Acesso 10 jan 2016]; serIII (5):113-9. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300012&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300012&lng=pt).
11. BARDIN L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Lima DFB, Ivo GP, Braga ALS. A informática em enfermagem nos sistemas de informação: revisão sistemática de literatura. Rev Pesqui Cuid Fundam. [Internet] 2013 jul-set [Acesso 20 dez 2015] 5(3): 18-26.
13. Kuperman GJ, Bobb A, Payne TH, Avery AJ, Gandhi TK, Burns G. Medication-related Clinical Decision Support in Computerized Provider Order Entry Systems: a Review. J Am Med Inform Assoc. 2007; 14:29–40.
14. Clarke A, Adamson J, Sheard L, Cairns P, Watt I, Wright J. Implementing electronic patient record systems (EPRs) into England's acute, mental health and community care trusts: a mixed methods study. BMC Med Inform Decis Mak. [Internet] 2015 out [Acesso 20 dez 2015] 14; 15:85. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466894>.

15. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 ago [Acesso 31 out 2015]; 17(8):2105-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en).
16. BARATIERI T. Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. [Dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2010.
17. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Va Zquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012; 24(1):39-48.
18. Cunha E. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
19. Santos GS, Cunha ICKO. Capacidade funcional de idosos em unidade básica de saúde do município de São Paulo. *REAS* [Internet]. 2013 [Acesso 10 nov 2015] 2(3):67-76. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/590>.
20. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para organização da rede de atenção. *Diário Oficial da União*. 2010 dez. Seção I, p. 88-93.
21. Munitis PG, Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C et al. Referral and counter-referral system between secondary and tertiary care facilities in a children's hospital network of Greater Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*. [Internet] 2013 out [Acesso 5 Jan 2016]; 111(5). Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752013000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000500008&lng=en&nrm=iso).

22. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto - Enferm.* [Internet]. 2012 set [Acesso 31 out 2015]; 21(3):549-57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300009&lng=en).
23. Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MAS .Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contra-referência nos serviços de saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* [Internet] 2014 jul-set [Acesso 20 dez 2015]; 6(3):1128-38. Disponível em:[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf\\_1368](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf_1368).
24. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *R Enferm. UFSM.* 2011 jan-abr; 1(1):31-40.
25. Araújo PO, Silveira EC, Ribeiro AMVB, Silva JD. Promoção da saúde do idoso: a importância do treino da memória. *Revista Kairós Gerontologia.* 2012 dez; 15(8):169-83.
26. Turabián JL, Franco BPE. Acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. *Semergen.* 2015; 41(4):206-13.
27. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jul [Acesso 10 jan 2016]; 18(7):2147-56. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=en).
28. Harris MJ, Haines A .Improving health outcomes in UK primary care. *J R Soc Med.* 2012; 105: 330–5.

### 5.3 Manuscrito 3

## **A LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO: A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO FONTE REGULAR DE CUIDADO NA SAÚDE DO IDOSO**

**Resumo:** Neste estudo teve-se como objetivo compreender a dimensão da fonte regular de cuidados na saúde no contexto da saúde do idoso, na visão dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. Trata-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com 24 profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde de três Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá. A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2015, através de entrevistas semiestruturadas, posteriormente submetidas à análise de conteúdo categorial. Os resultados permitiram perceber que a população idosa entende a unidade e os profissionais de saúde como referência de cuidado, e que apesar dos esforços empreendidos pelos trabalhadores em ofertar ações de prevenção e promoção da saúde, a população idosa acaba por utilizar e procurar ações curativas, voltadas às queixas imediatas, com foco no tratamento e na cura das doenças. Os profissionais devem beneficiar-se dessa visão de referência que possuem para conscientizar a população sobre a relevância dos cuidados de prevenção e promoção à saúde, reforçando sua importância na melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Continuidade da Assistência ao Paciente; Atenção Primária a Saúde.

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo comprender la dimensión de la regularidad del suministro de atención de la salud en el contexto de la salud de las personas mayores, en opinión de los profesionales que trabajan en Atención Primaria Esta es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada con 24 profesionales de las tres Unidades Básicas de Salud Estrategia de Salud y el Centro de Apoyo a la Familia de la Salud de la ciudad de Maringá. La recolección de datos se llevó a cabo en mayo y junio de 2015 a través de entrevistas semi-estructuradas, que fueron sometidos posteriormente a un análisis de contenido categórico. Los resultados permitieron darse cuenta de que la población anciana entiende los profesionales de la unidad y de salud Referencia cuidado, y que a pesar de los esfuerzos realizados por los trabajadores en la oferta de acciones de prevención y promoción de la salud, los ancianos terminan usando y buscar acciones curativas, con el objetivo quejas inmediatas centraron en el tratamiento y la cura de la enfermedad. Los profesionales deben beneficiarse de este punto de vista de referencia que tiene para crear conciencia de la importancia de la atención preventiva y promoción de la salud, lo que refuerza su importancia en la mejora de la calidad de vida.

**Palabras Clave:** Salud del Anciano; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud.

**Summary:** The study aimed to understand the dimension of the regular the health care supply in the context of health of the elderly, in the view of professionals working in Primary Health This is a qualitative, descriptive and exploratory research, carried out 24 with professionals of the Family Health Strategy and Support Center Health three Basic

Health Units of the city of Maringa. Data collection was conducted in May and June of 2015 through semi-structured interviews, which were later submitted to categorical content analysis. The results allowed realize that the elderly population understands the unity and health professionals reference carefully, and that despite the efforts made by workers in offering prevention and health promotion actions, the elderly end up using and look curative actions, aimed immediate complaints focused on the treatment and cure of disease. Professionals should benefit from this reference view having to raise awareness of the importance of preventive care and health promotion, reinforcing its importance in improving the quality of life.

Keywords: Health of the Elderly; Continuity of Patient care; Primary Health Care.

## **INTRODUÇÃO**

A longitudinalidade, no âmbito da Atenção Primária brasileira, pode ser conceituada como uma relação terapêutica estabelecida entre profissionais da APS e usuários, que se traduz no reconhecimento e na utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo. A longitudinalidade tem seu foco principal no cuidado ao indivíduo e não na doença, ocorrendo independente da presença ou não de problemas relacionados à saúde (ARCE; SOUZA, 2014)<sup>1</sup>.

O cuidado longitudinal pressupõe a existência de elementos ou dimensões que são consideradas essenciais para a sua efetivação na Atenção Primária, sendo o primeiro deles a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados primários de saúde. Dessa forma, a população deve reconhecer a Unidade Básica de Saúde (UBS) como o local de referência habitual quando necessita de cuidados de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>2</sup>.

Possuir um local de saúde como referência de cuidado traz vantagens para a população, como a diminuição das internações e da procura por serviços de urgência e emergência, e maior satisfação da população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>2</sup>. Ademais, essa relação faz com que os usuários realizem com mais frequência consultas de revisão, melhorando os cuidados de prevenção e promoção da saúde, levando a uma melhor qualidade de vida (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014)<sup>3</sup>.

Essa relação de continuidade com determinada equipe de saúde mostra-se de grande relevância para a população idosa. Essa faixa etária necessita de cuidados mais complexos de saúde, além de apresentar alta prevalência de doenças crônicas, dessa forma,

os benefícios da atenção contínua com um provedor de saúde mostram-se maiores e mais visíveis nessa população (MCCUSKER *et al.*, 2012)<sup>4</sup>.

Os idosos possuem necessidades específicas de saúde, provenientes das características clínico-funcionais e sociofamiliares próprias dessa faixa etária. A atenção voltada a essa população deve ter seu foco centrado no indivíduo, considerando essas características típicas do envelhecimento. Dessa forma, o cuidado a essa população deve ser organizado de forma integrada e contínua, em uma lógica de redes (VERAS *et al.*, 2014)<sup>5</sup>.

Estudos que analisem a relação entre o idoso e os serviços de saúde, no contexto de referência de cuidado, podem auxiliar a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela APS, além de fortalecer o atributo da longitudinalidade do cuidado. Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender a dimensão da fonte regular de cuidados na saúde, no contexto da saúde do idoso, na visão dos profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, conduzida nos meses de maio e junho de 2015, no município de Maringá, Paraná, junto aos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde de três UBS. O município conta, atualmente, com uma rede básica composta por 32 UBS, 71 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sete equipes de Núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e 28 Equipes de Saúde Bucal (ESB) distribuídas ao longo de seu território.

A população de estudo foi composta por profissionais das equipes de ESF e das equipes do NASF atuantes em três UBS do município. As UBS selecionadas foram as que tinham maior número de idosos cadastrados na ESF. A primeira UBS selecionada possuía uma população de 2.843 idosos cadastrados; a segunda, 1.286 idosos, ambas localizadas na região noroeste da cidade; e a terceira tinha 1.883 idosos cadastrados, localizada na região nordeste da cidade.

Para cada uma das três unidades de saúde foi selecionada uma equipe de ESF, sendo eleita a que possuía maior tempo de atuação na UBS. As equipes de NASF foram eleitas conforme a seleção das unidades de saúde, pois cada UBS possuía apenas um NASF vinculado a ela, portanto, fizeram parte do estudo três equipes de NASF, compostas por:

três médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um fisioterapeuta, três psicólogos, três nutricionistas, um terapeuta ocupacional, dois profissionais de educação física, um fonoaudiólogo, um assistente social, totalizando 24 profissionais da saúde.

Os critérios de inclusão para os profissionais da ESF foram: integrar uma equipe completa de ESF, ou seja, uma equipe com enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde; e atuar na mesma unidade de saúde por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população idosa. Para os profissionais do NASF, o critério de inclusão foi atuar na mesma unidade de saúde por um período mínimo de um ano, tempo este supostamente suficiente para o profissional realizar com qualidade o atendimento longitudinal e a criação de vínculo com a população idosa.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, norteadas por um roteiro com questões referentes à longitudinalidade do cuidado ao idoso e sua prática dentro da APS. As entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade de cada profissional e realizadas na própria unidade de saúde, em local reservado, no horário de trabalho. Após a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em aparelho digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, propiciando maior fidedignidade dos dados. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 25 minutos.

A análise dos dados considerou os pressupostos conceituais de Cunha e Giovanella (2011)<sup>2</sup>. Essas autoras optam pela utilização da expressão ‘vínculo longitudinal’ e o conceituam como uma relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de APS, que vai se traduzir no reconhecimento e na utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>2</sup>. Além disso, elencam três dimensões importantes do termo, o estabelecimento de vínculo terapêutico entre os pacientes e os profissionais de saúde, a continuidade informacional, e a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de Atenção Primária, que será abordada no presente estudo.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática, composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase foram realizadas inúmeras leituras, com o intuito de sistematizar e operacionalizar os dados, sendo depois grifados os pontos

de interesse. Na segunda fase, os dados foram organizados conforme o objetivo da pesquisa e a similaridade das falas, e na última etapa foram feitas as inferências e interpretações dos resultados (BARDIN, 2011)<sup>6</sup>.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 422/92012, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), mediante Parecer nº 20975/2015. Para preservação de suas identidades, além da diferenciação dos sujeitos da pesquisa, foram utilizados códigos, em que os profissionais foram identificados com a letra “P” seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (P1 a P24).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da presente pesquisa 24 profissionais da saúde, 16 do sexo feminino e oito do sexo masculino. A faixa etária dos entrevistados variou de 24 a 60 anos, com média de idade de 38 anos. O tempo de atuação na Atenção Primária variou de dois anos e meio a 30 anos, com média de sete anos, e o tempo de trabalho na mesma unidade de saúde variou de dois anos e meio a 15 anos.

Dos depoimentos analisados emergiu uma categoria denominada “Atenção primária como fonte regular de cuidado na saúde do idoso”, que trata da unidade de saúde como local de referência para o idoso, principalmente no que diz respeito ao cuidado curativo, e aborda as principais estratégias que os profissionais utilizam para se firmarem como fonte habitual de cuidado.

### **ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO FONTE REGULAR DE CUIDADO NA SAÚDE DO IDOSO**

A Atenção Primária tem fundamental papel como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado ao idoso, busca garantir a continuidade das ações e o cuidado longitudinal. Como primeiro nível de atenção, ela deve ser a porta de entrada prioritária dos usuários no sistema de saúde, e referência para a assistência à saúde da população idosa (BRASIL, 2014)<sup>7</sup>.

Os profissionais de saúde, conforme se observa em seus depoimentos, acreditam que o idoso possui essa compreensão da unidade/equipe de saúde como referência de

cuidado. E isso se confirma pela grande procura dessa população pelos serviços ofertados pela unidade, o que resulta em uma expressiva presença dessa faixa populacional dentro dos serviços de saúde.

*Acredito que a unidade é referência, pois pelo menos nas três unidades que trabalho tem bastante aceitação da população idosa. Percebo isso pela procura. (P8)*

*Como percebemos que a unidade é referência? Os idosos vem pegar medicamentos com regularidade, estão sempre buscando atendimento médico e de enfermagem. Seja para diagnóstico, tratamento, encaminhamento. (P3)*

*Eu acredito que a unidade é referência na medida em que as pessoas todos os dias buscam a unidade de saúde. (P22)*

*Grande parte das queixas que os idosos têm, eles acabam buscando inicialmente a unidade, então consigo enxergar essa relação de referência acontecendo. (P6)*

Em um estudo realizado no Canadá, que relacionou a continuidade do cuidado ao uso de serviços de urgência e emergência, foi constatado que os idosos davam maior importância ao vínculo e à continuidade da assistência com apenas uma equipe de saúde do que as demais faixas etárias. Além disso, os autores afirmam que essa relação de referência mostrava-se mais vantajosa e trazia maiores benefícios para a população idosa usuária dos serviços de saúde (MCCUSKER *et al.*, 2012)<sup>4</sup>.

A continuidade da identificação da unidade como referência por parte da população idosa depende, em primeiro plano, da disponibilidade e oferta dos serviços de Atenção Primária, que devem atender as necessidades apresentadas pela população, tanto no que se refere à quantidade quanto à qualidade da assistência prestada. Dessa forma, são necessários investimentos governamentais que busquem a ampliação e a melhoria da qualidade dos serviços primários ofertados à população idosa (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)<sup>2</sup>.

A unidade de saúde oferece à população idosa diversos serviços, buscando atender suas necessidades e reforçar a ideia de referência para os cuidados de saúde. Os profissionais citam que desenvolvem várias atividades — por exemplo, grupos e passeios —, com foco principalmente na prevenção e promoção da saúde.

*Nós temos o grupo do hiperdia. Também temos o grupo de diversidade, em que a maioria que participa são idosos, onde é falado sobre como prevenir as doenças, como lidar com a*

*saúde e a alimentação. Temos os passeios ao longo do ano e a ginástica, que é realizada pela profissional de educação física do NASF. (P18)*

*Temos os grupos de caminhada, ginastica, artesanato, todos são apenas de orientações. Realizamos também passeios e confraternizações. Tudo voltado para o idoso. (P17)*

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com enfermeiros atuantes na ESF. A promoção da saúde é utilizada como uma das principais estratégias de cuidado prestado à população idosa. Através dessa estratégia os profissionais conseguem realizar mudanças nos hábitos diários dessa população, melhorando sua qualidade de vida (ROCHA *et al.*, 2011)<sup>8</sup>.

O investimento em ações de promoção a saúde voltadas ao público idoso são de extrema importância nos serviços primários de atenção, porque visam à diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde do indivíduo (MALLMANN *et al.*, 2015)<sup>9</sup>. Ademais, reforçam hábitos de vida saudáveis e reafirmam o entendimento do envelhecimento enquanto processo (BRASIL, 2014)<sup>7</sup>, melhorando a qualidade de vida e a independência da população idosa, além de reduzir custos para o serviço de saúde (MOFRAD *et al.*, 2016)<sup>10</sup>.

Uma das principais estratégias educativas de promoção da saúde é a abordagem em grupo. Na população idosa, essa estratégia possibilita intervir nas dimensões culturais e sociais com o intuito de promover qualidade de vida ao idoso. Além disso, os grupos permitem a ampliação da atenção individual com foco no controle das doenças crônicas e possibilitam uma abordagem mais abrangente da saúde (SOUZA; ASSIS, 2012)<sup>11</sup>.

Nesse contexto, os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, devem atuar como facilitadores, incentivando os idosos a expor suas vivências, estimulando sempre o autocuidado e o enfrentamento das dificuldades advindas do processo de envelhecimento, buscando melhorar a qualidade de vida dessa população (PILGER *et al.*, 2012)<sup>12</sup>.

No desenvolvimento dos grupos, os profissionais dizem que buscam realizar diversas ações de educação em saúde para a população idosa. Essas ações têm o intuito de melhorar a qualidade de vida dessa população, proporcionando um envelhecimento mais saudável e ativo.

*Fazemos muita educação em saúde com os idosos. Não só nos grupos de hiperdia, com os hipertensos e diabéticos, mas nos eventos, no dia mundial da saúde, no dia do idoso, nos*

*grupos de caminhada e, nos grupos de convivência. Procuramos incluir a população idosa em diversos grupos. (P16)*

*O NASF iniciou junto com as equipes, a educação em saúde. Basicamente são orientações voltadas para a qualidade de vida. Disponibilizar, informações, pra que os idosos possam melhorar a cada dia. (P14)*

A educação em saúde é uma das principais ferramentas de promoção do envelhecimento ativo. Nesse contexto, as particularidades da velhice podem ser adaptadas, buscando uma vida mais saudável e ativa, que é alcançada através da articulação dos saberes técnicos e populares, e da mobilização de recursos individuais e coletivos (MALLMANN *et al.*, 2015)<sup>9</sup>.

A compreensão da Atenção Básica como fonte regular de cuidado permite ao idoso construir uma relação de maior proximidade com o profissional da saúde, pois o contato entre ambos torna-se algo recorrente. Dessa forma, há o estabelecimento de vínculo com o idoso, que fortalece ainda mais o entendimento da unidade como referência para o atendimento de saúde.

Esse contato regular com os profissionais pode influenciar de forma positiva a mudança de comportamento e a adesão aos tratamentos, principalmente porque a população idosa, devido à alta prevalência de doenças crônicas, procura com frequência os serviços de saúde, não com o intuito da cura, mas para minimizar os efeitos causados por essas doenças e melhorar a qualidade de vida (DILÉLIO *et al.*, 2015)<sup>13</sup>.

Essa relação de proximidade, esse contato faz emergir um sentimento de confiança na figura e no trabalho dos profissionais, de modo que o idoso passa a reconhecer a unidade de saúde como um local em que pode confiar. A unidade e/ ou a equipe transforma-se em referência para o idoso, não apenas quando apresenta alguma queixa clínica, mas também quando necessita esclarecer dúvidas e buscar orientações.

*Diariamente as pessoas buscam a unidade. Tem a referência daqui como espaço, “oh, eu não sei, e eu vou lá e eles me orientam. Se o cuidado não vai ser feito aqui, eles vão me orientar para onde é.” (P22)*

*Eles procuram muito, confiam. Tiram todas as dúvidas, falam até coisas que não são da saúde. (P21)*

Nesse contexto, o acolhimento deve ser utilizado como principal ferramenta pelos profissionais da saúde. A escuta sensível e qualificada, centrada principalmente nas necessidades da pessoa idosa, garante uma atenção integral e resolutiva, voltada à promoção e à prevenção da saúde (ARRUDA; SILVA, 2012)<sup>14</sup>. O acolhimento intensifica o vínculo entre idoso e profissional, proporcionando uma valorização do indivíduo, levando à satisfação dos usuários e trabalhadores da saúde (SILVA *et al.*, 2015)<sup>15</sup>.

As diretrizes e políticas referentes à saúde do idoso citam o acolhimento como instrumento essencial para o cuidado humanizado e de qualidade à população idosa. E para que ocorra esse acolhimento é necessário que o profissional compreenda as especificidades dessa população, e esteja preparado para lidar com as questões do processo de envelhecimento, principalmente no que se refere à dimensão subjetiva do indivíduo idoso (BRASIL, 2006)<sup>16</sup>.

Apesar de a população idosa compreender a unidade de saúde como local de referência para o cuidado, os profissionais ainda enfrentam dificuldades para desatrelar esse cuidado da questão apenas curativa. A procura pela unidade ainda ocorre, majoritariamente, em busca de um atendimento pontual e curativo, deixando em segundo plano as ações de promoção e prevenção da saúde. Na percepção dos entrevistados, o modelo biomédico ainda está arraigado na visão dos idosos.

*Eles reconhecem que aqui tem o atendimento para a saúde, entretanto ainda procuram mais o curativo, tem ainda essa visão, que a unidade você vai quando está doente. (14)*

*O idoso, hoje ainda, só procura o curativo [...] Lutamos para que eles tenham na cabeça a parte preventiva, e que busque atendimento como forma de prevenção e não de curativo, mas é difícil inculcar isso. (P1)*

A visão da unidade como referência para o cuidado centrado na doença dificulta a concretização do cuidado longitudinal, pois, o próprio conceito da longitudinalidade traz o cuidado como algo contínuo, que deve ocorrer independente da presença de enfermidades. Desse modo, para o alcance da longitudinalidade é necessário possuir uma concepção mais ampliada, não vinculada apenas ao aspecto curativo do cuidado (STARFIELD, 2002)<sup>17</sup>.

Para desconstruir esse modelo biomédico de atenção, os profissionais procuram estimular e promover atividades de promoção e prevenção dentro da unidade de saúde, entretanto, devido a essa concepção curativista, há pouca adesão dos idosos. Isso acaba por

desestimular os profissionais, os quais passam a dar preferência às atividades curativistas: as consultas, reforçando o modelo biomédico de cuidado.

*Quando realizamos o café da manhã, tivemos mais de 100 participantes, e 90% era idoso. Até na conversa com os próprios idosos, eles falam “na hora do exercício, vêm 30, vêm 40, o resto não participa. Porque, o que eles preferem é ir ao posto buscar remédio, do que vir fazer atividade física”, então eles têm essa visão curativa mesmo de saúde. (P17)*

*Os idosos querem chegar à unidade e ter só o atendimento clínico. Essa parte de educação em saúde, por exemplo, “ah não, eu tenho que buscar meu neto na creche, isso e aquilo”, [...], porque a visão que eles têm é bem curativa, “ah, eu vou vir pra pegar remédio”. (P16)*

*[...] devido a essa questão da população só pensar em consulta, consulta, consulta, a parte de Atenção Básica da saúde, a parte preventiva, fica muito a desejar. (P11)*

Em estudo realizado com profissionais no âmbito da Atenção Primária, os mesmos referiram que os pacientes, apesar de compreenderem a importância das atividades de promoção e prevenção da saúde, não participam dessas ações, com a justificativa de que os temas abordados não correspondiam às suas necessidades (RONZANI; SILVA, 2008)<sup>19</sup>. As equipes precisam repensar suas práticas no que concerne à realização dessas atividades, buscando atingir tanto o objetivo da equipe, que é a promoção e prevenção da saúde, quanto o da população, que é ter suas necessidades de saúde sanadas (RONZANI; SILVA, 2008)<sup>18</sup>.

O distanciamento dos profissionais da saúde das ações de promoção e prevenção podem prejudicar os avanços alcançados pela Atenção Primária e pela estratégia saúde da família. É necessário que os trabalhadores adotem estratégias voltadas à melhoria das condições de saúde da população idosa, porque um dos grandes desafios no atendimento dessa população é contribuir para que a mesma, apesar das limitações, possa viver com qualidade (SILVA; SANTOS, 2014)<sup>19</sup>.

Outro grande obstáculo enfrentado pelos profissionais é que o idoso ainda percebe na figura do médico o centro do cuidado. Apesar de existir uma equipe multiprofissional à disposição, o idoso agrega maior valor ao atendimento médico, dificultando ainda mais a mudança da visão tradicional curativa de cuidado pautada no modelo biomédico.

*Encontramos essa dificuldade da população idosa participar daquilo que não é atendimento médico. Tem um valor muito alto agregado no atendimento médico, e não tão agregado em outros. (P22)*

A população ainda correlaciona a assistência à saúde à consulta médica, desvalorizando o papel dos demais profissionais no cuidado. Assim, as ações de saúde devem contemplar toda a equipe para que ocorra uma mudança nesse modelo de atenção. Atividades que demonstrem o papel e o valor de cada membro da equipe levam à construção de uma visão ampliada, com foco não apenas na figura do médico, mas no atendimento multiprofissional (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009)<sup>20</sup>.

A consulta de enfermagem é uma importante estratégia de fortalecimento do papel da enfermagem dentro da Atenção Primária, e deve ser compreendida como um meio de interação entre profissional e usuário idoso, buscando a promoção da saúde, a prevenção dos agravos e a redução dos danos (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES; 2012)<sup>21</sup>. É uma oportunidade para o profissional desenvolver práticas voltadas ao cuidado, como a educação em saúde e a avaliação multidimensional, além de intensificar o vínculo com a população idosa (SILVA; SANTOS, 2014)<sup>19</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente estudo buscou-se refletir sobre a unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao idoso, sobre sua importância para a saúde do idoso e o atributo da longitudinalidade do cuidado. Durante a análise, compreendeu-se que a população idosa entende a unidade e os profissionais de saúde como sua fonte regular de cuidado, e que apesar dos esforços empreendidos pelos trabalhadores em ofertar ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde, a população idosa acaba por utilizar e procurar com mais frequência as ações curativas, voltadas às queixas imediatas, com foco no tratamento e na cura das doenças.

Os profissionais devem beneficiar-se dessa visão de referência que possuem para conscientizar a população sobre a relevância dos cuidados de prevenção e promoção da saúde, reforçando sua importância na melhoria da qualidade de vida e em um envelhecimento mais ativo e saudável, avançando na superação do olhar biomédico de cuidado, ainda muito presente na visão dos usuários idosos que utilizam os serviços de atenção primária de saúde.

Novos estudos que abordem essa dimensão do cuidado longitudinal devem ser realizados, abrangendo novas categorias de profissionais — gestores e até mesmo os usuários idosos que usufruem dos serviços de saúde. Dessa forma, é possível obter uma visão mais ampliada sobre as questões envolvidas na continuidade do cuidado e na relação de referência com as unidades de saúde.

Como limitações do estudo pode-se considerar o fato de ter sido realizado em apenas três unidades de saúde de um único município, além de analisar apenas a concepção dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Arce VAR, Souza MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [Acesso 15 set 2015]; 22(1):62-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000100062](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100062)
2. Cunha, EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Col*. [Internet]2011[Acesso 20 set 2014]; 16(supl1):1029-42. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>.
3. Ghiggi LA, Barreto DS, Fajardo AP. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. *Rev APS*. 2014 abr-jun; 17(2):244 - 54.
4. McCusker J, Tousignant P, Silva RB, Ciampi A, Lévesque J, Vadeboncoeur A et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ* [Internet] 2012 abr [Acesso 5 jan 2016]184(6). Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/184/6/E307>.
5. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública* [internet]2014[Acesso 20 dez 2015]: 48(2): 357-

65. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>
6. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso nacional de secretarias municipais de saúde. Maio 2014.
8. Rocha FCV, Carvalho CMEG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. Rev Enferm UERJ. 2011 abr-jun; 19(2):186-91
9. Mallmann DG, Galindo Neto, NM, Souza JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. Ciênc e Saúde Colet [internet] 2015 jun [Acesso 22 nov 2015]; 20(6):1763-72. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nrm=iso)>.
10. Mofrad ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr\*- IR Iran. Glob J Health Sci. 2015 Jul; 8(3):139-45.
11. Souza LM, Assis M. Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde. Rev APS. 2012 out-dez; 15(4):443-53.
12. Pilger C, Dias JF, Kanawava C, Baratieri T, Carreira L. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. Cienc Enferm. 2013. 19(1):61-73.
13. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. Rev Saúde Pública. 2015;49:31

14. Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2012 out [Acesso 21 nov 2015]; 65(5):758-66. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso)>.
15. Silva JPG, Costa KNFM2 Silva GRF, Oliveira SHS, Almeida PC, Fernandes MGM. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. *Esc Anna Nery* [Internet] 2015[acesso 5 jan 2016]; 19(1):154-61 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en\\_1414-8145-ean-19-01-0154.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0154.pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
17. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
18. Ronzani TM; Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet] 2008 fev [Acesso 10 dez 2015]; 13(1): 23-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso).
19. Silva KM, Santos SMA. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Cienc Cuid Saude* 2014 jan-mar; 13(1):49-57.
20. Ogata MN, Machado MLT, Catoia E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev Eletrônica de Enferm.* [Internet] 2009 [Acesso 20 nov 2015]; 11(4): 820-9. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf)
21. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde*

Coletiva [Internet]. 2012 ago [Acesso 2015 Oct 31]; 17(8):2105-15. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en).

## **6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

No presente estudo foram obtidas importantes contribuições tanto para o ensino quanto para a pesquisa e a prática da enfermagem no que se refere à saúde do idoso.

Para o ensino, pode-se dizer que a presente pesquisa demonstrou a necessidade de preparar os futuros profissionais para essa nova demanda da população por cuidados contínuos de saúde, com foco na prevenção e promoção da saúde, pois se constatou que esse cuidado longitudinal ao idoso é muito valorizado e traz grandes benefícios a essa população. Ademais, são os enfermeiros os principais responsáveis por coordenar e implementar as ações dentro da atenção primária.

No que se refere à pesquisa, o presente estudo pode trazer contribuições para auxiliar futuros trabalhos que tratem da avaliação da longitudinalidade dentro da saúde do idoso. Compreender de que modo essa relação acontece no cotidiano das unidades de saúde gera subsídios para futuras avaliações da qualidade desse atributo na atenção primária, além de possibilidades de melhoria da assistência prestada. Ademais, devido à escassez de trabalhos que abordem essa temática em relação à saúde do idoso, este estudo torna-se ainda mais relevante, trazendo novas perspectivas quanto à prática da longitudinalidade ao idoso na Atenção Primária, que poderão servir de embasamento para o desenvolvimento de futuros trabalhos.

Quanto à prática, os resultados encontrados no presente estudo poderão servir de base para nortear a conduta dos profissionais da saúde, principalmente a do enfermeiro, que é o trabalhador que está mais diretamente ligado às ações de promoção e prevenção da saúde, gerando, assim, melhorias no acesso e na qualidade dos serviços e cuidados prestados à população idosa.

Refletir a respeito das práticas cotidianas é um exercício fundamental que o profissional enfermeiro deve fazer constantemente. Esta reflexão faz com que se avalie a prática e, se necessário, se reestremem as ações desenvolvidas na área de enfermagem em relação à Atenção Primária, fazendo com que o enfermeiro preste uma assistência mais voltada as necessidades da população, respeitando as peculiaridades advindas do envelhecimento.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa buscou-se compreender de que modo os profissionais da saúde percebem e entendem o cuidado longitudinal ao idoso na Atenção Primária, e os meios pelos quais ele se consolida no cotidiano dos profissionais e das unidades de saúde. Permitiu também identificar que os trabalhadores encontram dificuldades e facilidades para efetivar o atributo da longitudinalidade dentro da saúde do idoso.

A partir dos resultados encontrados constatou-se que os profissionais da saúde percebem a longitudinalidade como um atributo essencial no cuidado ao idoso, principalmente porque o envelhecimento atrela-se a maiores vulnerabilidades que podem prejudicar a qualidade de vida dessa população. Desse modo, o cuidado continuado poderia reduzir essas vulnerabilidade e a propensão a doenças, possibilitando um envelhecimento mais ativo e saudável.

O vínculo entre profissionais e usuários do serviço de saúde também foi considerado primordial para prestar um cuidado de qualidade e contínuo ao idoso. Esse fator leva à construção de uma relação de grande proximidade e confiança, produzindo vantagens, entre as quais a maior adesão aos cuidados e à terapêutica indicada pelos profissionais.

A construção desse vínculo é facilitada pelas características próprias apresentadas pela população idosa. A procura frequente pelos serviços de saúde, a receptividade social e o fácil acesso a essa população, devido ao estilo de vida, aumenta a probabilidade da criação do vínculo com os profissionais, melhorando os cuidados prestados a essa população.

O prontuário também foi citado pelos profissionais como ferramenta de grande valia na consolidação da longitudinalidade do cuidado. Os registros, em formato eletrônico, foram citados como meio facilitador do cuidado, o qual permite fácil acesso ao histórico do paciente e maior agilidade no resgate e registro das informações, além de permitir a integração com os outros níveis de atenção.

Os profissionais também disseram que a falta de contrarreferência é um problema a ser superado para alcançar a longitudinalidade do cuidado. Também citam que sem essa ponte de comunicação entre os diversos níveis de atenção envolvidos no cuidado, a

continuidade da assistência ao idoso fica prejudicada, dificultando a prestação de um cuidado integral.

Neste estudo também constatou-se que os idosos compreendem a unidade de saúde como seu local de referência, entretanto, ainda possuem uma visão limitada de cuidado, baseada no modelo biomédico de atenção, em que o foco está no tratamento e na cura das enfermidades. Assim, é necessário o estímulo, por parte dos profissionais, de ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde, no intuito de conscientizar a população de sua importância e impacto no envelhecimento saudável e ativo.

Desse modo, conclui-se que foram obtidos resultados relevantes neste estudo em relação à importância da longitudinalidade no cuidado ao idoso, pois, sua efetivação na Atenção Primária faz com que os profissionais prestem uma assistência mais voltada às reais necessidades da população, gerando maior resolutividade nos serviços primários de atenção, melhorando a qualidade de vida da população idosa.

Acredita-se que os achados da pesquisa poderão servir de base para a reflexão sobre o cuidado prestado ao idoso, e para a busca de uma assistência integral e de melhor qualidade, com foco nas ações de promoção e prevenção da saúde, permitindo um envelhecimento mais saudável a toda a população.

## REFERÊNCIAS

ALLER, M. B. et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 27, n. 3, p. 207-213, set. 2013.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000100062&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100062&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 set. 2014.

ARAÚJO, L. U. A. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2014.

ARAÚJO, M. A. dá S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Revista Geriatria & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 122-125, 2008.

ARAÚJO, P. O. et al. Promoção da saúde do idoso: a importância do treino da memória. **Revista Kairós**, São Paulo, v.15, n. 8, p.169-183, dez. 2012.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000100062&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100062&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 set. 2014.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 758-766, out. 2012.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, DC: The World Bank, 2011.

BARATIERI, T. Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na estratégia saúde da família. 171f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BARATIERI, T.; MANDU, E. N.T.; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v.18, n. 2, p. 11-22, ago. 2012.

BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2014

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810 out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a20v15n4.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

BARBOSA, S. de P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 325-339, jan./mar. 2015.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 12277, 4 jul. 1996. Publicação Original.

BRASIL. Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 5. Janeiro de 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**: manual de preenchimento. Brasília, DF, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 2006b. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999. Disponível em:

<file:///C:/Users/user/Downloads/Portaria\_1395\_de\_10\_12\_1999%20(1).pdf>. Acesso em: 25 jul. 2014.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para organização da rede de atenção. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção I, p. 88-93, dez. 2010.

BRITO, M. C. C. et al. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contra-referência nos serviços de saúde. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p. 1128-1138, jul./set. 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf\\_1368](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf_1368)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2014.

CARLI, R. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, jul./set. 2014.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) -Núcleo de Educação em Saúde Coletiva em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

CLARKE, A. et al. Implementing electronic patient record systems (EPRs) into England's acute, mental health and community care trusts: a mixed methods study. **BMC: Medical Informatics and Decision Making**, London, v. 14, p.15- 85, Oct. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466894>>. Acesso em: 20 dez. 2015. doi: 10.1186/s12911-015-0204-0.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, DF, 2011.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=en). Acesso em: 10 jan. de 2016.

**CUNHA, E. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2010. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.**

CUNHA, E. M. da; 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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, 2011. Suplemento 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 set. 2014.

DIAS, K. C. C. O.; LOPES, M. E. L.; FRANÇA I. S. X. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.1832-1846, 2015.

DILÉLIO, A. S et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 49-31, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100223](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100223). Acesso em: 20 set. 2014.

DRUMOND, C. H. et al. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.16, n. 3, p. 320-327, jul./set. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/1768-12312-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D.C., v. 21, n. 2/3, p. 164-176, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2014.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-68.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 set. 2014.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP): 2010. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2014.

FRANKLIN, B. The Impact of Continuity of Care on A1c Levels in Adult Type 2 Diabetic Patients: a Review of the Literature. **Journal for Nurse Practitioners**, New York, v. 10, no. 7, p. A1-A18, e13-e23, 445-526, July–Aug. 2014.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafios**. 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portugues e-Exec-Summary.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D. C., v. 35, n. 2, fev. 2014. Disponível

em:<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2014.

GERHARDT, T. E.; S, SILVEIRA, Denise T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009. 120 p.

**GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, R. J.** Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. **Gaceta Sanitaria**, Madrid, v. 26, p. 52-56, 2012. Suplemento 1. Disponível em:<<http://equipocesca.org/longitudinalidad-prestigio-buena-reputacion-social-y-profesional-y-medicina-generalde-familia-aspectos-clinicos-y-de-salud-publica/>>. Acesso em: 22 set. 2014.

---

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, J. S. M. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v.4, n.1, p. 3-9, jan./mar. 2012.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, Mar. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100006&lng=en)>. Acesso em: 25 nov. 2015.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, London, v. 327, no.7425, p. 1219-1221, 2003.

HARRIS, M. J.; HAINES, A. Improving health outcomes in UK primary care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 105, no. 8, p. 330-335, Aug. 2012. doi:10.1258/jrsm.2012.

HOERTEL N.; LIMOSIN, F.; LELEU, H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database . **European Psychiatry**, Paris, v. 29, no. 6, p. 348-364, Aug. 2014. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.12.001.

HOLVAST, F. et al. Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 185, p.1-7, Oct. 2015. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.036.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A.de F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 dez. 2014.

IBGE. **Dados sobre as cidades**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411520>>. Acesso em: 24 dez. 2014.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n.3, p. 556-562, jul./set. 2014.

KEBIAN, L.V. A.; ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia,

v.16, n.1, p. 161-169, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

KUPERMAN, G. J. et al. Medication-related Clinical Decision Support in Computerized Provider Order Entry Systems: a review. **Journal of the American medical Informatics Association**, Philadelphia, v.14, no. 1, p. 29–40, Jan./Feb. 2007.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2014.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n.4, p. 514-522, ago. 2013.

LIMA, D.F. B et al. Sistema de informação em saúde: concepções e perspectivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrônico do paciente. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 5, p. 113-119, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300012&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300012&lng=pt)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

LIMA, D. F. B.; IVO, G. P.; BRAGA, A. L. S. A informática em enfermagem nos sistemas de informação: revisão sistemática de literatura. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p. 18-26, jul./set. 2013.

LIM, J. Y.; LEE, H. H.; HWANG, Y. H. Trust on doctor, social capital and medical care use of the elderly. **European Journal of Health Economics**, Berlin, v.12, no.2, p.175-188, 2011.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development

(OECD) Countries, 1970-1998. **Health Services Research**, Chicago, v. 38, no. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nrm=iso)>>. Acesso em: 22 nov. de 2015.

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v.1, n.1, p. 31-40, jan./abr. 2011.**

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803403&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>>. Acesso em: 24 set. 2014.

McCUSKER, J. et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.184, no. 6, abr. 2012. Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/184/6/E307>. Acesso em: 5 jan. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOFRAD, Z. P.; JAHANTIGH, M.; ARBABISARJOU, A. Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr\*- IR Iran. **Science**, Toronto, v. 8, no.3, p.139-145, July 2015.

MONAHAN L. J. et al. Impact of the Family Health Program on gastroenteritis in children in Bahia, Northeast Brazil: an analysis of primary care-sensitive conditions. **Journal of Epidemiology and Global Health**, Netherlands, v. 3, no.3, p.175-185, Sept. 2013.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A; BRANDAO, A.L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2014.

MOREIRA, R. M. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 27-38, 2013.

MUNITIS, P. G. et al. Referral and counter-referral system between secondary and tertiary care facilities in a children's hospital network of Greater Buenos Aires. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Buenos Aires, v. 111, n. 5, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752013000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jan. 2016.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na Atenção Básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

NORMAN, A. H.; NORMAN, J. A. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/838/591>>. Acesso em: 25 set. 2014

NUTTING, P. A. et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? **Annals of Family Medicine**, Leewood, v. 1, no.3, p. 149-155, 2003.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2015.

OLIVEIRA, E. B. de et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, out./dez. 2013b. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/826>>. Acesso em: 16 set. 2014.

OLIVEIRA, J. M. M. D. et al. O cuidado de enfermagem na visita domiciliar gerontológica: uma perspectiva humanística. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p.170-176, jan./mar. 2013a. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16672/pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C.. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, set. 2013. Número especial. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2014.

PAPP, R. et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. **BMC Family Practice**, London, v.15, p. 128, Jun. 2014. doi: 10.1186/1471-2296-15-128.

PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 19, n. 1, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 21 set. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.779-786, out./dez. 2008.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, jun. 2011.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2014.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 186-191, abr./jun. 2011.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M.. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SANTOS, G.S; CUNHA, I. C. K. O. **Capacidade funcional de idosos em unidade básica de saúde do município de São Paulo. Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 67-76, 2013. Disponível em:** <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/590>>. **Acesso em: 10 nov. 2015.**

SOARES, J. L. et al. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idosa e família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 583-590, out./dez. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet: Saúde no Brasil,** Rio de Janeiro, p. 61-74, maio 2011.

SILVA, A. T. C. da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2014.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Ciência Cuidado e Saúde, Maringá, v. 13, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em:** <[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20128/pdf\\_112](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20128/pdf_112)>. **Acesso em: 18 set. 2014.**

SILVA, J. P. G. et al. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 154-161, mar. 2015.

SOUZA, L. M.; ASSIS, M. Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde. **Revista APS,** Juiz de Fora, v.15, n.4, p. 443-453, out./dez. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, no. 3, p. 457–502, 2005.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal Management Primary Health Care**, Recife, v. 5, no. 2, p. 202-212, 2014.

TORRES, L. M. et al. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte - MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 822-828, out. 2012.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 450-456, jun. 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

TURABIÁN, J. L.; FRANCO, B. P. E. Acompanhante en la entrevista clínica de atención primaria. **Semergen: Medicina de Familia**, v. 41, n. 4, p. 206-213, Mayo/Jun.2015.

UIJEN, A. A. et al. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 64, no.12, p. 1391-1392, Dec. 2011. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.03.006.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2014.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H de A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

VICENTE, F. et al. Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 308-316, dez. 2014 .

WALRAVEN, C. V. et al. Association between continuity of care and outcomes. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v.16, no.5, p. 947-956, Oct. 2010. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.

WAIBEL, S. et al. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 24, no. 1, p. 39-48, Feb. 2012. doi: 10.1093/intqhc/mzr068

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.17, n.3, p. 574-577, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. **Report of the International Conference on Primary Health Care**, Geneva, 1978.

## APÊNDICE A

### Instrumento da coleta de dados

- 1. Você conhece a expressão “longitudinalidade do cuidado”? O que ela significa para você?**

Relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo.

- 2. Como você percebe/entende a longitudinalidade no cuidado ao idoso no seu dia-a-dia?**
- 3. Quais elementos você considera essenciais para prestar esse cuidado longitudinal ao idoso?**
- 4. Quais as facilidade e dificuldades de se prestar esse atendimento longitudinal?**
- 5. Quais ações são desenvolvidas que oportunizam a prestação de um cuidado longitudinal ao idoso?**

1ª dimensão

- 6. Você considera que essa unidade de saúde é reconhecida pela população idosa como referência para o atendimento de saúde?**
  - a) Caso a resposta seja negativa. Quais elementos você acredita que podem contribuir para a população idosa não reconhecer o serviço como referência para o cuidado?
  - b) Isso influencia a longitudinalidade do cuidado ao idoso.

2ª dimensão

- 7. Como você percebe o vínculo no cuidado longitudinal ao idoso?**
  - a) Como ele ocorre?
  - b) Quais facilidades e dificuldades da criação do mesmo?
  - c) Quais elementos são fundamentais para a criação do vínculo?

**8. Você consegue identificar e reconhecer seus pacientes idosos pelo nome? Você conhece o histórico e os medicamentos que utilizam? E exames que realizam?**

**9. E quando são encaminhados a especialistas? Você recebe as informações sobre os exames realizados ou medicamentos prescritos?**

3ª dimensão

**10. Como você percebe o uso de registros/prontuários no processo de atendimento ao idoso?**

- a) Eles são utilizados? Quando são utilizados?
- b) Eles estão sempre disponíveis para os atendimentos?
- c) Como você avalia a qualidade dos registros?

**11. Quando o idoso é encaminhado para consulta com especialista, como ocorre esse processo aqui na unidade de saúde? Existe algum relatório com informações das condições de saúde do paciente que vá junto?**

**12. Conte alguma experiência em que tenha ocorrido o atendimento longitudinal na saúde do idoso ou em que a longitudinalidade tenha sido essencial pra se prestar o cuidado ao idoso.**

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Paula Cristina Gerhardt, venho convidá-lo (a) a participar da presente pesquisa intitulada “**Longitudinalidade no cuidado ao idoso: uma análise na atenção primária a saúde**”, referente à minha dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Lígia Carreira da Universidade Estadual de Maringá - UEM.

O objetivo da pesquisa é “analisar a longitudinalidade no cuidado ao idoso na Atenção Primária a Saúde no município de Maringá - Paraná, compreendendo suas dimensões de regularidade de cuidados, relação interpessoal e continuidade informacional”.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo a uma entrevista semi-estruturada e participando da realização de um grupo focal acerca do referido tema.

Solicitamos a permissão para que as entrevistas e o grupo focal sejam gravadas, para que seja garantido o registro fiel das suas impressões. Após gravação, a entrevista e o grupo focal serão transcritos e os registros guardados por até cinco (05) anos e incinerados após esse período.

A sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto anonimato e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destaca-se também que os resultados da pesquisa não terão fins lucrativos.

Informo que não estão previstos riscos ou danos inaceitáveis em sua participação no estudo. Da mesma forma, não haverá custos de qualquer natureza caso concorde em participar do estudo, assim como não receberá pagamento pela participação. Os benefícios esperados estão relacionados à construção de novos conhecimentos na área da saúde do idoso e da enfermagem, e que irão auxiliar os profissionais da saúde a melhorar a qualidade da assistência prestada a essa população dentro da Atenção Primária.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, cujo endereço consta neste documento.

Agradecemos antecipadamente sua colaboração, solicitando que assine e date a presente autorização, em duas vias (uma via assinada será entregue a você), cedendo os direitos sobre sua entrevista e o grupo focal, para os devidos fins.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/---.

Assinatura do participante

Eu, Pesquisadora Paula Cristina Gerhardt, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto à pesquisa, entre em contato com a pesquisadora: Paula Cristina Gerhardt. Fone: (44)9929-5798 ou e-mail: [paulacg.enf@gmail.com](mailto:paulacg.enf@gmail.com), ou com a docente orientadora da pesquisa, Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup>Ligia Carreira, e-mail: [ligiacarreira.uem@gmail.com](mailto:ligiacarreira.uem@gmail.com).

Em caso de dúvidas quanto à eticidade desta pesquisa, entre em contato com:

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – COPEP da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Fone: 3261-4444.

## ANEXO A

Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CECAPS**  
**Assessoria de Formação e Capacitação dos**  
**Trabalhadores da Saúde**

OFICIO Nº 2429/2014/SAÚDE

Maringá, 11 de dezembro de 2014.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa “**Longitudinalidade no cuidado ao idoso: uma análise na atenção primária a saúde**”, a ser realizada nas UBSs, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor solicitado.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente



Lourdes Thome  
Coordenadora CECAPS

Ilm. Sr.  
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo  
DD.Presidente do COPEP  
Universidade Estadual de Maringá - UEM  
Maringá-Pr

**ANEXO B**

Autorização do Comitê de Ética.

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Longitudinalidade no Cuidado ao Idoso: uma Análise na Atenção Primária a Saúde

**Pesquisador:** Lígia Carreira

**Versão:** 2

**CAAE:** 43119415.1.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 020975/2015

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio