

Práticas de Enfermeiras na saúde da família: continuidade no cuidado a usuários com condições crônicas

Nurses' practices in Family Health: continuity of care for users with chronic conditions

Prácticas de los enfermeros en salud de la familia: continuidad de la atención a pacientes con condiciones crónicas

Franciele Nascimento de Araujo Silva¹ ; Regina Cavalcante Agonigi¹ ; Sonia Acioli¹ 

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar as práticas de enfermeiras na ESF voltadas à continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

Método: estudo analítico, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras de uma unidade de estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para análise dos dados. **Resultados:** foram identificadas três categorias: Desafios na Jornada pela Integralidade do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família, Promovendo a Continuidade do Cuidado: Práticas das Enfermeiras e Potencializando a Longitudinalidade: Ações e Serviços Essenciais. **Considerações finais:** destacaram-se as práticas direcionadas as necessidades territoriais, ao fortalecimento do vínculo, ao protagonismo individual, ao trabalho multiprofissional, a participação ativa da gestão, a articulação intersetorial, a escuta ativa e a rede de apoio.

Descritores: Estratégias de Saúde Nacionais; Enfermeiras e Enfermeiros; Doença Crônica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify nurses' practices in the Family Health Strategy (FHS) aimed at ensuring continuity of care for users with chronic conditions. **Method:** analytical, exploratory study with a qualitative approach, conducted with nurses from a Family Health Strategy unit in Rio de Janeiro, following approval by the Research Ethics Committee. Data were analyzed using Bardin's content analysis method. **Results:** three categories were identified: Challenges in Achieving Comprehensive Care in the Family Health Strategy, Promoting Continuity of Care: Nurses' Practices, and Enhancing Longitudinality: Essential Actions and Services.

Final considerations: the practices highlighted focused on territorial needs, strengthening bonds, individual empowerment, multi-professional work, active management participation, intersectoral articulation, active listening, and support networks.

Descriptors: National Health Strategies; Nurses; Chronic Disease; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar las prácticas de los enfermeros de la ESF dirigidas a la continuidad de la atención a pacientes con condiciones crónicas. **Método:** estudio analítico, exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado con enfermeros de una unidad de la estrategia salud de la familia de la ciudad de Río de Janeiro, con previa aprobación del Comité de Ética e Investigación. Para analizar los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** se identificaron tres categorías: Desafíos para la Atención Integral en la Estrategia Salud de la Familia, Promoción de la Continuidad de la Atención: Prácticas de los Enfermeros y Mejorar la Longitudinalidad: Acciones y Servicios Esenciales. **Consideraciones finales:** se destacaron las prácticas dirigidas a las necesidades territoriales, al fortalecimiento del vínculo, al protagonismo individual, al trabajo multidisciplinario, a la participación activa en la gestión, a la coordinación intersectorial, a la escucha activa y la red de apoyo.

Descriptores: Estrategias de Salud Nacionales; Enfermeras y Enfermeros; Enfermedad Crónica; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Para a oferta do cuidado em saúde de forma integral e direcionado às diferentes demandas de saúde da população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Para tanto, em 2010, foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjo organizativo das ações e serviços de saúde”, proporcionando relações horizontais em diferentes complexidades de atenção e promovendo a integração de sistemas, de ações e de serviços de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica¹.

Nesse contexto, a Atenção Primária de Saúde (APS) é considerada o centro comunicador e coordenador da RAS, tendo em vista o cuidado multiprofissional e a resolutividade da atenção primária voltada para as necessidades mais comuns da população¹.

Sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o modelo de atenção à saúde prioritário da APS, a enfermeira como membro da equipe multiprofissional, tem sua atuação voltada para a identificação de especificidades do seu território, com o objetivo de identificar e manejar adequadamente as necessidades de cada indivíduo. Isso possibilita a condução

eficiente das demandas dentro da abrangência da APS e em articulação com a RAS, buscando coordenar o cuidado de forma adequada.

Embora esteja vigente a compreensão de sistema hierárquico no SUS, a visão da RAS de forma hierárquica é equivocada. A RAS deve ser compreendida como uma rede horizontal com pontos de atenção que possuam a mesma importância e sem ordenação, diferenciados apenas pela densidade tecnológica².

Contudo, ainda é possível observar dificuldades no processo de referência e contrarreferência ocasionadas por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde de pontos de atenção distintos, bem como, profissionais e usuários, causando a desarticulação dos serviços e a quebra da continuidade do cuidado³.

Esses fatores contribuem para uma coordenação ineficiente do cuidado, o que tende a sufocar o sistema e dificultar o acompanhamento dos usuários em especial os que vivenciam doenças crônicas. O congestionamento do sistema pode ocorrer pela má condução dos casos, gerando referências aos demais níveis que poderiam ser resolvidas no nível primário, como também pela precariedade na troca de informações entre os níveis assistenciais ocasionando dificuldade da continuidade do cuidado de pacientes contra referenciados⁴.

A realização do cuidado integral entre os níveis de assistência à saúde tem sido desafiadora, visto que ainda existem barreiras de comunicação, acesso e planejamento em prol da coordenação de cuidados de forma adequada e assertiva entre os pontos da RAS⁵.

Considerando que a continuidade do cuidado é aspecto importante para o alcance da integralidade e resolutividade do cuidado – em especial o cuidado de enfermagem – parece-nos fundamental analisar as práticas de Enfermeiras da Estratégia de saúde da Família na continuidade do cuidado de usuários com condições crônicas.

Visando aprofundar o conhecimento científico sobre a temática foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais as potências e os desafios encontrados nas práticas desenvolvidas pelas enfermeiras da ESF no cuidado aos usuários com condições crônicas?

Para responder esta questão, foram estabelecidos o objetivo de identificar as práticas de enfermeiras na ESF voltadas à continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas, discutindo as potencialidades e desafios encontrados pelas mesmas.

MÉTODO

Estudo analítico, exploratório de abordagem qualitativa, realizado com 12 enfermeiros lotados em uma unidade de ESF, no município do Rio de Janeiro, realizado entre 1 e 30 de setembro de 2023.

Foram incluídos profissionais enfermeiras que estiverem trabalhando na unidade do estudo e devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade. Foram excluídos responsáveis técnicos de enfermagem ou gerentes enfermeiras que estiverem trabalhando na unidade do estudo e profissionais enfermeiras que estiverem de férias ou licença no momento da produção de dados.

Dos 24 profissionais atuantes na unidade, todos que atendiam os critérios de inclusão e exclusão foram contatados por mensagem de texto via celular e convidados pessoalmente pela pesquisadora. Durante a coleta de dados, um desafio significativo foi a recusa por parte de potenciais participantes. Como resultado, a coleta de dados foi concluída com a participação de 12 profissionais, enquanto outros 12 recusaram a participação, alegando indisponibilidade de agenda. Destas, nove são enfermeiras responsáveis de equipe de ESF e três são residentes de enfermagem do primeiro ano, também vinculadas a uma equipe de ESF. Ressalta-se que todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada construída a partir de perguntas objetivas para caracterização sociodemográfica dos participantes e questões abertas que permitiram ampliar a perspectiva sobre a temática. Em busca de uma condução adequada das entrevistas e um roteiro que respondesse os objetivos deste estudo, foi realizado um teste piloto com enfermeiras da ESF, de uma área programática diferente daquela focada neste estudo.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal deste estudo, de sexo feminino, enfermeira atuante em unidade de pronto atendimento e mestrande no momento de realização da pesquisa, não possuindo qualquer vínculo com a unidade em questão e tampouco exercendo qualquer função hierárquica sobre os participantes.

As entrevistas foram realizadas no próprio cenário do estudo, de forma reservada, contando apenas com a presença do participante e da entrevistadora, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para uma análise mais aprofundada, com duração média de uma hora, tendo sido realizadas notas de campo durante a entrevista.

A partir das informações obtidas nas entrevistas, foram utilizadas as técnicas de análise de conteúdo e a sistematização de análise de conteúdo temático-categorial^{6,7}, estruturada em três etapas. Na primeira etapa foi desenvolvida leitura flutuante do conjunto de material, derivado das entrevistas, com o intuito de exploração o material e os elementos categoriais que estão em evidência. Na segunda, procurou-se definir as Unidades de Registro (URs), que são consideradas expressões ou palavras com significado representativo do conteúdo resultante da classificação e agregação dos dados. Na última etapa, teve-se como objetivo estabelecer conexões entre os resultados das fases anteriores com os objetivos estudo, buscando a criação de unidades de significação para a construção de categorias e subcategorias⁷. A análise foi realizada em modo manual sem uso de *software*.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa foi utilizado o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative (COREQ)*, que se trata de um checklist de apoio para a adequada elaboração do relatório desse tipo de estudo.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição proponente (parecer nº 6.170.109) e pelo Comitê de Ética em Secretaria Municipal de Saúde responsável pela instituição campo de coleta de dados (o parecer nº 6.281.797). Para preservar as identidades dos participantes da pesquisa, foram adotadas codificações individuais. Dessa forma, foram adotados 12 códigos, de E1 a E12, para assegurar a confidencialidade e o anonimato, com dados gerenciados através do software Microsoft Office Excel 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados é do gênero feminino (91,67%), enquanto 75% possuem formação no nível de pós-graduação *lato sensu* (n=9). Quanto à experiência de trabalho, cinco têm entre um e cinco anos de atuação como enfermeiras (41,67%), quatro mais de cinco anos de experiência (33,33%), e três declaração menos de um ano de atuação (25%). No que diz respeito à equipe atual, sete têm menos de um ano de vínculo (58,33%), quatro estão na equipe entre a cinco anos (33,33%), e uma já faz parte há mais de cinco anos (8,33%).

Após a análise das entrevistas, foram identificadas 391 Unidades de Registro (URs), que foram agrupadas pelos seus sentidos em 30 Unidades de Significação (US). Essas unidades de significação foram então agrupadas em três Categorias, que emergiram a partir dos dados encontrados e estão diretamente relacionadas ao objetivo do estudo: Desafios na jornada pela integralidade do cuidado na ESF, Promovendo a continuidade do cuidado: práticas das enfermeiras, e Potencializando a longitudinalidade: ações e serviços essenciais.

Desafios na jornada pela integralidade do cuidado na ESF

Sobre os desafios identificados, os profissionais entrevistados, relacionaram a sobrecarga de trabalho à diminuição do vínculo e à dificuldade em proporcionar um atendimento de qualidade para o usuário.

A demanda é muito alta, tem muita gente, então não dá, não tem como você dar um atendimento de qualidade. (E9)

Você não pode estar saindo direto, porque tem uma agenda cheia. Atendimento o tempo todo, é um conjunto de muitas coisas. (E1)

Dentro da equipe de ESF, a enfermeira desempenha múltiplas funções relacionadas ao cuidado, gestão de materiais e recursos humanos. Destaca-se a crescente carga de trabalho atribuída a esse profissional. Como membro da equipe de ESF, a enfermeira deve conhecer o seu território, estabelecer vínculo com os usuários e conduzir consultas de enfermagem, visando à prestação de um cuidado integral⁸.

Às vezes as questões de tarefas. Muitas vezes a gente acaba preso por muito processo de trabalho, esse processo de trabalho interfere muito sobre essa questão do vínculo, porque não temos um tempo efetivo para conseguir conversar com o paciente. (E11)

A alta demanda dificulta, a gente não consegue ter aquele olhar totalmente voltado para o usuário. (E12)

A elevada demanda de atendimento somada as funções administrativas, influenciam na qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras, dificultando a proximidade com o território, a criação e a manutenção de vínculos, bem como a identificação das necessidades da população adscrita⁹. O déficit de profissionais e a elevada rotatividade também foram citados como desafios em busca da continuidade do cuidado.

Equipes que às vezes fica sem médico, sem enfermeiro, é mais difícil isso. (E5)

Toda vez que tem falta de médico, percebo que os pacientes dão uma desanimada, então eles não vêm na consulta[...]geralmente eles acabam faltando ou desanimando de participar, de dar continuidade, isso é uma das coisas, porque na cabeça deles tem que ter o médico, não dá. (E7)

A rotatividade e o déficit de profissionais estão relacionados a vínculos precários e instáveis de trabalho, carga horária excessiva, localização de unidades de saúde em áreas de risco, e contratações sendo realizadas através do regime de

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou por Pessoa Jurídica (PJ) ou contratos temporários, o que evidencia a fragilidade dos vínculos empregatícios¹⁰.

Ainda sobre os desafios inerentes aos profissionais, destacam-se os conflitos entre os membros da equipe multiprofissional, a falta de comprometimento dos profissionais, trabalho multidisciplinar enfraquecido e falta de capacitação do ACS.

Tem que partir de todo mundo, não só da enfermagem, esse olhar mais ampliado, da medicina, da nutrição, da psicologia, da física. (E9)

Se todos entenderem que trabalhar em equipe proporciona o melhor para o paciente, flui bem melhor o processo. (E12)

O olhar holístico precisa ser mais multidisciplinar. (E9)

Os resultados encontrados demonstram a fragilidade da prática colaborativa, somado a uma comunicação multiprofissional enfraquecida e ao baixo comprometimento profissional. Estes dados estão de acordo com os achados de Schimith¹¹, que identificou ruídos na comunicação entre os profissionais, gerando lacunas na prática multiprofissional, ocasionando a quebra da continuidade do cuidado.

É difícil a gente ter profissionais com compromisso, ainda mais a atenção básica. (E6)

Quando não tem esforço do profissional em tentar resolver, agendar, orientar, não tem uma dedicação ali, em parte básica. (E7)

A falta de coesão na equipe abre espaço para o surgimento de conflitos interpessoais. Para os participantes, esses transtornos são desafiadores e afetam a qualidade da assistência prestada.

Dificuldades nos relacionamentos interpessoais, que dificultam também o trabalho, então assim, eu acho que as pessoas não sabem separar muito o trabalho de vida social. (E7)

Tipo como a gente já teve problema com o médico, com agente comunitário, com tudo isso, então como que a gente vai lidar com isso? Como que a gente vai fazer com que aquele profissional consiga trabalhar? (E5)

O profissional da equipe que é parente do usuário, o usuário não quer que o parente saiba de sua condição, é difícil, a gente tem que mediar Questões que a gente não está acostumada. (E6)

Uma equipe de saúde comprometida e focada na assistência multiprofissional possibilita a troca de informações e experiências entre os profissionais de saúde, proporcionando o compartilhamento de conhecimentos e experiências e melhorias na comunicação da equipe. Isso se reflete no direcionamento a integralidade do cuidado de forma mais assertiva e na oferta de um serviço prestado com maior qualidade⁹.

Outro ponto destacado pelos participantes foram os desafios relacionados a gestão do cuidado, como falhas na referência e contrarreferência dos usuários, dificuldades de gestão e insumos e desafios políticos.

Acessar o serviço, você está na atenção básica, você precisa ir para outro nível de atenção E alguma coisa embarrera esse acesso para outro nível de atenção. (E4)

Fragilidade no serviço de psicoterapia na CAP. (E7)

Se o acesso for difícil, ele vai ficar batendo na atenção básica, porque o acesso está complicado dele ir para outro nível de atenção, para a gente complementar a integralidade da assistência. (E3)

SISREG demorar para alguma especialidade isso também acho que compromete muito. (E4)

A integração da RAS também é um fator comprometedor para a integralidade e continuidade do cuidado, sendo a ausência de comunicação entre os serviços ponto a ser destacado, pois a contrarreferência é um obstáculo a continuidade do cuidado, já que depende dos profissionais dos serviços secundários e terciários realizar para as equipes de Saúde da Família¹².

As consultas não conseguem ser próximas da residência. Então a maioria não vai. Às vezes por dificuldade de locomoção. Às vezes por questão financeira questão de trabalho. (E12)

Os participantes também destacaram a falta de insumos e dificuldades com a gestão, sendo citados como comprometedores da continuidade do cuidado.

Acho que quando faltam medicamentos isso aí causa muita preocupação. (E5)

A burocracia dificulta um pouquinho. (E12)

Se você tiver uma gestão que só quer que você foque no paciente, naquela patologia, você não consegue muito longe. (E5)

De acordo com a narrativa do entrevistado, a escassez de recursos e as condições precárias de trabalho, dificultam o funcionamento do SUS de forma eficaz, comprometendo o planejamento de ações em saúde e a articulação entre os serviços, e contribuindo para a insatisfação dos profissionais e o descrédito no serviço por parte dos usuários¹³.

Os profissionais entrevistados também destacaram desafios que se relacionam com os usuários. Através dos dados obtidos, foram identificados a falta de vínculo do usuário com a equipe, dificuldades no acesso ao usuário, rede de apoio fragilizada do usuário, resistência/dificuldades do usuário para um cuidado contínuo e o contexto social que ele está inserido. Estes desafios foram associados a barreiras e diferenças geográficas, a limitações pessoais e a condições de vida.

O nosso território é um território um pouco mais longe da unidade. Nosso território fica cinco quilômetros daqui da unidade, 40, 50 minutos andando, e nós não temos ônibus dentro do território, não tem meio de transporte. (E11)

Não ter o vínculo acho que é um fator que dificulta muito a continuidade do cuidado, sem o vínculo, você não consegue. (E4)

Eu atendi uma paciente que ela estava totalmente descompensada porque fazer tempo que ela não vinha, não tinha um vínculo com a equipe. (E10)

Foi observado que a distância entre a moradia do usuário e a unidade de saúde representa uma significativa barreira de acesso aos serviços de saúde e à longitudinalidade do cuidado em diversas regiões do país¹⁴.

Outro ponto referente às barreiras de acesso é a resistência dos usuários que não moram na comunidade. As dificuldades de acesso e a construção do vínculo, por vezes se relacionam com o contexto social que o usuário está inserido.

Na comunidade você consegue uma associação de moradores. Você se reúne, você tem mais chances. Na rua, você não tem isso, ou você vem para a unidade, ou você vai para uma praça. Para poder ter isso. (E1)

Pacientes que tinham uma condição financeira boa, porém sua situação mudou com a pandemia chegam inicialmente mais resistentes em ser atendidos por enfermeiros, querem somente médicos. (E10)

A população na comunidade é muito mais fácil de você estar lidando do que a população no asfalto, porque no asfalto eles são mais independentes, tem uma condição melhor, às vezes não tá morando nem naquele lugar[...]já não tem uma constância muito no cuidado, os que moram no território, às vezes tem planos de saúde. (E7)

Observa-se, em alguns casos, dificuldades para garantir o cuidado integral aos usuários com maior poder aquisitivo. Isso evidencia a resistência no entendimento e aceitação do perfil da ESF e na construção de vínculos¹⁵. No entanto, é importante ressaltar a necessidade de que os profissionais de saúde e o modelo de gestão do cuidado possam identificar e diminuir essas barreiras, que são potencializadas pela concorrência e supervalorização do setor privado em relação ao sistema público de saúde.

Diante do exposto, torna-se necessário fortalecer estratégias que visem ampliar a comunicação em saúde junto ao usuário. Isso inclui esclarecimentos sobre a amplitude do cuidado oferecido pela ESF, destacando o papel de cada profissional e os serviços oferecidos, a fim de promover a superação do modelo biomédico ainda enraizado nesta população.

A não adesão ao tratamento e a resistência em participar do plano de cuidado em conjunto com a equipe de saúde, foram temas citados pelos entrevistados.

Tem pacientes que não aderem, mesmo que você faça alguns caminhos, tem pacientes que é muito resistente. (E5)

Acho que é o estilo de vida do paciente que dificulta muito. (E4)

Dificuldade no entendimento de sua condição. (E6)

Paciente que não segue as orientações, que não se responsabilizam pelo seu cuidado. (E8)

Embora a elaboração de um plano terapêutico que atenda às necessidades e se adeque as realidades do usuário seja fundamental para o controle de condições crônicas, a aceitação de sua condição de saúde e a participação ativa do usuário no processo são fatores determinantes para o sucesso do tratamento proposto¹⁵.

Identificar e entender as limitações, física, financeiras ou cognitivas de cada paciente e trabalha em cima dessas limitações. (E12)

Usuários em situações precárias com falta de condições básicas. (E6)

Os entrevistados destacaram que falhas e/ou a falta de adesão ao plano terapêutico também estão relacionadas a uma rede de apoio fragilizada e a dificuldades no grupo familiar.

Dos casos que eu tenho na equipe. Eles não são um perfil que tenha dificuldade financeira, mas eles têm muita gente sozinha, muita gente sem rede de apoio, mesmo idosos, bem idosos. Aí são os casos que são mais difíceis de controlar, porque não tem ninguém incentivando no dia a dia. (E2)

Tem paciente que não tem uma família muito presente e não consegue ir aos agendamentos do SISREG. (E12)

A ausência de familiares no tratamento de condições crônicas de idosos com limitações, propicia o abandono e falhas no cuidado. No entanto, a equipe de saúde deve se empenhar a construção de vínculo com a família, visando a longitudinalidade do cuidado para esses usuários¹⁵.

Desta forma, os desafios abordados tendem a gerar desorganização na estrutura de trabalho, favorecer o abandono do tratamento, enfraquecer os vínculos entre profissionais e usuários, e contribuir para o agravamento das condições de saúde. Estas questões enfatizam a necessidade de ações voltadas para a superação desses desafios, visando fortalecer a eficácia e a integralidade dos serviços de saúde prestados à população.

Promovendo a continuidade do Cuidado: Práticas das Enfermeiras

Esta categoria é composta por nove unidades de significação que retratam as atitudes e estratégias singulares desenvolvidas durante a sua prática do cuidado, destacando sua importância e relevância no contexto de assistência à saúde.

Dentre as temáticas que emergiram nesta categoria, as que tiveram maior destaque foram atividades de promoção e Educação em saúde inseridas nas orientações realizadas pelas profissionais enfermeiras.

A prática de orientar mesmo o paciente A buscar outras atividades físicas, dependendo da situação crônica dele, Tipo a natação mesmo, Tipo a caminhada, o Shiatsu terapia, alongamentos. (E3)

Orientar que o cuidado vai além de tomar a medicação. (E6)

O paciente precisa dessas orientações em primeiro lugar porque em terceiro lugar a gente vê, tem a medicação, tem as outras coisas que são as principais, que é a alimentação, a atividade física, e por terceiro lugar é a medicação. (E8)

Sendo a ESF o primeiro nível de atenção à saúde, com olhar voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a educação em saúde é uma prática de cuidado indispensável para o cuidado integral¹⁶.

Promover conhecimento que permitam os pacientes dialogarem com o nosso plano de cuidados. (E11)

Então entra o enfermeiro que acaba tendo mais espaço para isso, o enfermeiro vai em lugar de orientação, e educação em saúde. (E7)

Orientações para mudanças de hábitos alimentares, atividade física (E8)

A gente faz educação em saúde. (E12)

A educação em saúde deve propiciar um espaço para além da transmissão de informações, com orientações técnicas, e sim oportunizar um local de acolhimento e escuta, que valoriza e respeita os saberes dos profissionais e dos usuários o que promove um maior vínculo com os serviços de saúde e produz conhecimento que leva a mudanças de hábitos¹⁷.

Observou-se a realização de práticas que construam junto aos usuários maior conhecimento sobre suas condições e os apoiem no sentido de se tornarem protagonistas do cuidado com a própria saúde.

Auxiliar o paciente a apreender a conviver com uma doença crônica, e tornar isso o mais leve possível [...] tentar entender, explicar fazer que isso seja mais leve esse diagnostico, E para estar perto. (E5)

Mas quando eles entendem sobre o problema, sobre a doença, eles passam a ter mais domínio sobre aquilo. Quanto maior o conhecimento maior e empoderamento sobre o problema deles. Eles passam a ser o centro do cuidado. Mostrando para eles que a opinião deles é importante. O que eles na verdade é que fazem, o cuidado deles, A nossa parte é menor. (E2)

Fazer o paciente entender que o cuidado é responsabilidade nossa e dele também. E ele tem que entender isso. A gente compartilhando com ele e trazendo essa responsabilidade. (E12)

Ele veio trazendo uma queixa para mim dentro da consulta, eu vou explorar aquela queixa dele. Então eu deixo ele dois, três minutos conversando sobre aquela percepção que ele tem e em cima da percepção eu tento fazer o plano de cuidados. (E11)

Procuro explicar para ele se empoderar, empoderar o que que ele tem, para ele entender. (E9)

A construção do conhecimento deve integrar todos os saberes, levando ao fortalecimento de vínculos sociais, o que não poderia ser construído por meio de imposições de orientações imbuídas de regras e comportamentos que visam uma mudança de hábitos¹⁸.

Foram destacadas também a realização de grupos de convívio, atividades e ações no território, sendo utilizadas como estratégias para capacitação de usuários, fortalecimento do vínculo e reconhecimento das necessidades dos indivíduos.

A gente procura fazer muitos grupos e atendimentos fora da unidade. (E12)

Consultório avançado na comunidade para melhor continuidade do cuidado e adesão da população [...] A gente faz uma consulta mesmo lá no território, conversa, leva a balança, leva aparelho de pressão, faz uma consulta com que a gente tenha disponível. (E9)

A gente costuma também lá fazer ações, orientações. Que é no território também. (E8)

Atividades de promoção em saúde, porque a gente consegue trabalhar com qualidade de vida, bem-estar, e isso tudo acaba favorecendo uma maior qualidade. (E11)

Observa-se um empenho e comprometimento das enfermeiras na realização de atividades no território que despertem o interesse da população e promovam o bem-estar. Estas práticas tornam o espaço favorável à troca de conhecimento e experiências, conforme a necessidade dos usuários.

Assim, a educação em saúde, é uma estratégia que desponta como uma oportunidade que os profissionais tem para favorecer o encontro de soluções coletivas, com a participação do usuário para o enfrentamento de problemas da própria comunidade e dos indivíduos¹⁸.

As atividades extramuros citadas, estão em conformidade com o preconizado na PNAB¹⁹ que destaca a realização de ações no território ou em residências em busca da promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme a necessidade da população adscrita.

A realização de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) também foram destacadas. Diante dos relatos, foi possível observar a valorização e a articulação dessas práticas com o quadro clínico e o contexto social do usuário na busca pela integralidade do cuidado.

Não adianta só tomar o remédio, tem que ter outras práticas. Tem as práticas, eu sou muito fã das práticas alternativas do Sistema público de Saúde. E eu uso muito a auriculoterapia também. (E2)

Quando a gente visualiza alguma situação que precisa dessa prática alternativa, ou eu ou ela, vamos no domicílio a gente pratica a auriculoterapia. (E3)

Eu faço práticas integrativas. Eu faço fitoterapia, faço acupuntura, pinda chinesa. (E11)

As ações dos profissionais demonstram estar alinhadas com os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS) e com a proposta da APS. Essas práticas refletem uma atenção em saúde que vai além do modelo biomédico, adotando uma abordagem holística e centrada no indivíduo e em suas necessidades, com foco na integralidade do cuidado²⁰.

Os entrevistados também relataram a vigilância de planilhas por linhas de cuidado, agendamento de consultas e exames, realização de contato telefônico e busca ativa como estratégias para garantir a continuidade do cuidado.

Já solicita os exames e pede para o ACS entregar ao paciente como forma de facilitar a ida a unidade. (E8)

Não deixar eles virem, por demanda, sabe, vem com o exame que a gente avalia, não, prefiro, venho hoje, vou te agendar daqui um mês, faz o exame, explicou tudo direitinho, aí procuro agendar, porque aí eles veem. (E9)

A gente faz planilha, planilha de todas as linhas de cuidado. (E10)

Foi observado que os profissionais entrevistados utilizam essas práticas como meio de organizar o processo de trabalho, o que lhes permite obter maior controle sobre a presença, frequência e acompanhamento dos usuários.

A utilização da tecnologia como aliada também foi identificada como uma estratégia para fortalecer o vínculo, facilitar a comunicação, favorecer a organização do processo de trabalho e promover a continuidade do cuidado.

Telefone da equipe como estratégia, para melhor contato com o paciente para agendamentos e informações e dúvidas. (E7)

Fazer acompanhamento por WhatsApp também. (E6)

A gente entra também em contato pelo celular, com o familiar. Contato via telefone, WhatsApp ajuda bastante. (E12)

Destaca-se o papel crucial da tecnologia no processo de trabalho da APS. Uma assistência em saúde associada ao uso de tecnologias facilita o levantamento de informações, a vigilância epidemiológica e a construção e compartilhamento de novos conhecimentos, promovendo uma maior qualidade no cuidado prestado²¹.

Potencializando a longitudinalidade: ações e serviços essenciais

Construída com o agrupamento de 145 URs, que equivalem a 37,08% do total de URs. Esta categoria enfatiza as ações e serviços que se destacaram como elementos essenciais na promoção da continuidade do cuidado, atuando como catalisadores no cumprimento das diretrizes da ESF.

Dentre os assuntos abordados pelos profissionais, o olhar holístico, a escuta ativa e a participação dos ACS nas visitas domiciliares foram os que receberam maior destaque para a continuidade do cuidado.

Conhecimento do ACS sobre a população facilita no acompanhamento. (E6)

Uma boa estratégia é estar sempre fazendo a vigilância e busca ativa com os agentes comunitários. (E7)

Dentro da equipe de ESF, o ACS é o profissional com maior proximidade com os usuários, facilitado a identificação fatores de risco, agravos a saúde, vulnerabilidades e condições de vida de cada usuário. Essas informações são levadas para dentro da unidade de saúde e discutidas com equipe multiprofissional, favorecendo a vigilância em saúde e a continuidade do cuidado²².

O agente de saúde ter bastante contato com a população facilita. (E2)

A visita domiciliar auxilia no cuidado. (E1)

Uma boa estratégia é estar sempre fazendo a vigilância e busca ativa com os agentes comunitários. (E7)

Outro ponto relevante é a oportunidade de construir o processo de educação em saúde no cotidiano dos usuários. Devido a maior frequência nos territórios e em visitas domiciliares, este profissional possui maior facilidade para a realização de orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças in loco²².

Contudo, embora os dados deste estudo corroborem com os autores sobre a papel fundamental dos ACS na equipe de ESF, vale destacar a mudança na cobertura de ACS conforme a PNAB, 2017.

Na PNAB de 2011, era preconizado a cobertura de 100% da população adscrita pelos ACS, com até 750 pessoas por ACS. Porém, a partir de 2017, a PNAB modifica esta recomendação para uma cobertura de 100% da população vulnerável²³.

Esta mudança vai de encontro aos princípios do SUS, dificultando a garantia da universalidade e impactando diretamente na organização dos serviços da ESF, na vigilância em saúde e favorecendo, assim, a quebra da continuidade do cuidado²³.

Foram ressaltadas nas entrevistas a importância do olhar holístico e escuta qualificada.

E ter um olhar holístico da família. Porque muitas vezes a doença piora não por causa da pessoa não estar tomando medicação ou fazendo dieta, ou fazendo atividade física, mas pela rotina da vida dela com a família. (E4)

Ver o paciente além daquela patologia. (E5)

Escutar mesmo o paciente e ele sentir que você está ali com ele, que ele não é só mais um, que você só vai queixar a demanda, chegou, deu a queixa, faz o que tem que fazer e libera. (E9)

E considerada importante a identificação do contexto familiar no qual o usuário está inserido, enfatizando a necessidade de oferecer assistência não apenas ao usuário, mas também aos familiares, visando alcançar a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Isso permite a elaboração de um plano terapêutico que esteja em sintonia com as necessidades individuais e familiares de cada usuário²⁴.

Outro assunto abordado foi a importância da rede de apoio da própria comunidade no fortalecimento da continuidade do cuidado, na construção de vínculos e no cuidado de forma integral.

Apoio das associações do próprio território para situações além das doenças exemplo o teto de escola. (E6)

Apoio de Igreja ou então algum vizinho, algo que possa estar ajudando a nossa articulação junto com o tratamento desse paciente. (E12)

Estas falas destacam a importância das ações intersetoriais como estratégia para garantir a equidade e promoção da saúde visando um cuidado holístico. A intersetorialidade possibilita a integração de diversos setores para além da saúde, buscando a integralidade do cuidado através da articulação entre diferentes atores sociais e políticos, envolvendo também variados recursos e níveis de complexidade²⁵.

Os entrevistados relataram o papel do trabalho em equipe e a colaboração da gestão como fatores indispensáveis para a longitudinalidade do cuidado:

Reuniões de equipe para definição do paciente que demandam mais atenção. (E5)

A equipe multidisciplinar é muito importante para o processo. Porque uma única categoria não vai conseguir dar o tratamento pleno para o paciente. (E12)

Quando a equipe e unida e integrada você consegue um cuidado melhor. (E1)

O trabalho em equipe tem se destacado como uma estratégia eficaz no cuidado em saúde, não apenas diante das mudanças no perfil epidemiológico da população, mas também diante da crescente complexidade das necessidades. Essa abordagem potencializa o cuidado de qualidade e integral, ao mesmo tempo em que tende a proporcionar maior satisfação aos profissionais²⁶.

Os profissionais entrevistados destacaram a importância da colaboração da gestão para a longitudinalidade do cuidado, oferta adequada dos serviços disponíveis e o bom funcionamento da unidade.

Clínica com boa organização por parte da gestão, organização de trabalho, de setores, de profissionais, isso permite melhor execução do trabalho sem sobrecarregar o profissional. (E7)

A gestão, a gente nunca fica sem material para trabalhar[...]se a gente quiser fazer uma ação grande, a gente tem esse recurso. (E5)

Ajuda da gestão, o apoio também da unidade ajuda muito. (E1)

Além das habilidades de liderança, gestão de recursos, pessoal e materiais, a atuação desse profissional deve estar fundamentada na prática colaborativa, buscando a integração entre os serviços, entre os profissionais, e fortalecendo habilidades e atitudes²⁷.

Neste contexto, observou-se que as ações e serviços identificados pelos entrevistados como essenciais para a continuidade do cuidado envolvem as práticas profissionais de enfermeiras diretamente relacionadas ao usuário, as atividades no território, e o trabalho em equipe de forma multiprofissional.

Destacou-se também a importância dos serviços de gestão e das ações intersetoriais, visando um cuidado centrado no indivíduo que atenda às diversas necessidades, levando em consideração a complexidade e a singularidade na busca pela continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

Limitações do estudo

A realização do estudo em apenas uma unidade de ESF no município do Rio de Janeiro, o número reduzido de participantes e a inclusão de pacientes que já haviam sido submetidos a procedimentos cirúrgicos anteriormente destacam-se como fatores limitadores deste estudo, impedindo a generalização dos resultados e ressaltando a necessidade da realização de mais pesquisas sobre a temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que tange às práticas de cuidado realizadas, os participantes demonstraram esforços na busca pelo fortalecimento do vínculo, identificação das necessidades ampliadas em saúde, promoção da autonomia e a participação ativa do usuário no seu plano terapêutico.

Já em relação às ações e serviços essenciais para a continuidade do cuidado, foram destacadas o olhar holístico, a escuta ativa e a atuação do ACS no território e o trabalho em equipe. No entanto, para que estas ações sejam efetivas, faz-se necessário a implementação de processos de educação permanente em saúde com o objetivo de reduzir as dificuldades já relatadas pelos participantes, como a baixa capacitação dos ACS e os conflitos e dificuldades do trabalho multiprofissional.

Outros pontos destacados foram o papel das práticas intersetoriais e das redes de apoio dos entrevistados. Embora a intersetorialidade tenha sido destacada como ação aspecto essencial, os participantes relataram dificuldades em garantir essa prática, apontando problemas que vão além do setor saúde e a dificuldade de articulação com outros setores, o que impacta na integralidade do cuidado.

Sobre as dificuldades levantadas pelos participantes observou-se a rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho, conflitos entre a equipe multiprofissional e a baixa capacitação dos ACS, aspectos que prejudicam a continuidade do cuidado e impactam negativamente na qualidade da assistência oferecida.

Como proposta para aprimorar esse cenário, sugere-se a adoção de estratégias destinadas ao fortalecimento do vínculo, a conscientização da importância do trabalho em equipe e melhoria das ações intersetoriais. Isso envolve a articulação da gestão com os demais setores para fortalecer a intersetorialidade, a criação de espaços para debates, capacitação contínua e o estímulo ao aprimoramento técnico-científico e a prática colaborativa, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [cited 2024 Feb 18]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2024 Feb 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
3. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2024 Feb 18]; 71:546–53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
4. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [cited 2024 Feb 18]; 25(5):1799–808. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
5. Aued GK, Bernardino E, Lapiere J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019 [cited 2024 Feb 18]; 27:e3162. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

7. Oliveira DC. Theme/category-based content analysis: a proposal for systematization. *Rev. enferm. UERJ*. 2008 [cited 2024 Feb 20]; 16(4):569-76. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>.
8. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the Family health Strategy. *Esc Anna Nery*. 2020 [cited 2024 Feb 26]; 24(2):e20190145. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>.
9. Favaro LC, Marcon SS, Nass EMA, Reis P, Ichisato SMT, Bega AG, et al. Nurse's perception on assistance to children with special health needs in primary care. *REME – Rev Min Enferm*. 2020 [cited 2024 Feb 26]; 24:e-1277. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200006>.
10. Oliveira LGF, Fracoli LA, Pina-Oliveira AA, Gryscek ALFPL, Campos DS, Silva LA, et al. RAZÕES DA rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. *Rev. Interfaces*. 2024 [cited 2024 nov 19]; 12(3):4441-9. DOI: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4441-4449>.
11. Schimith MD, Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Cardoso LS. Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021 [cited 2024 Feb 27]; 29:e3390. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390>.
12. Soares DA, Kochergin CN, Mistro S, Macedo JCL, Carvalho VCHS. Atenção Primária à Saúde abrangente: análise a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família frente às doenças crônicas. *Physis*. 2024 [cited 2024 nov 19]; 34:e34015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434015pt>.
13. Silva CTS, Assis MMA, Espíndola MMM, Nascimento MAAN, Santos AM. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2021 [cited 2024 nov 18]; 11:e30. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769246850>.
14. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. Primary Health Care accessibility in Brazil: User's evaluation. *Cad. saúde colet*. 2020 [cited 2024 Mar 02]; 28(2):288–301. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>.
15. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciênc saúde coletiva*. 2019 [cited 2024 Mar 02]; 24(4):1369–80. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
16. Marinho MNASB, Alencar OM, Castro Júnior AR, Silva MRF. Educação em saúde na estratégia saúde da família: saberes e práticas de enfermeiros – revisão integrativa. *Saúde Redes*. 2022 [cited 2024 Mar 02]; 8(1):233-47 DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n1p233-247>.
17. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Health education in primary care: a look under the perspective of users of the healthcare system. *Saúde Soc*. 2023 [cited 2024 nov 18]; 32(4):e211009en. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023211009en>.
18. Almeida MS, Melo RHV, Vilar RLA, Silva AB, Melo ML, Júnior AM. A Educação Popular em Saúde com grupos de idosos diabéticos na Estratégia Saúde da Família: uma pesquisa-ação. *Rev. Ciênc. Plural*. 2019 [cited 2024 nov 18]; 5(2):68-93. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n2ID16954>.
19. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2024 Mar 03]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
20. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Supply of Integrative and Complementary Health Practices in the Family Health Strategy in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [cited 2024 Mar 03]; 36(1):e00208818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>.
21. Fernandes BCG, Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Macedo DBG, Nogueira MF, Barrêto AJR. Use of technologies by nurses in the management of primary health care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021 [cited 2024 Mar 03]; 42(spe):e20200197. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200197>.
22. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. Surveillance of the territory in health in primary care: the contribution of the Community Health Worker in the continuity of care. *Saúde debate*. 2018 [cited 2024 Mar 03]; 42(119):940–51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>.
23. Dias JR. A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de enfermeiros e agentes comunitários de saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021 [cited 2024 Mar 03]; Available from: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/18637>.
24. Lima LAR, Santos BB, Barros CL, Santos AL. Concept and implementation of the person-centered care in medical perspective of family health strategy. *Braz. J. Develop*. 2020 [cited 2024 Mar 07]; 16(9):73786-99. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-728>.
25. Prado NMBL, Aquino R, Hartz ZMA, Santos HLPC, Medina MG. Revisiting definitions and natures of intersectoriality: a theoretical essay. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [cited 2024 Mar 04]; 27(2):593–602. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.47042020>.
26. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Teamwork: revisiting the concept and its developments in inter-professional work. *Trab educ saúde*. 2020 [cited 2024 Mar 04]; 18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
27. Albuquerque IMN, Cunha ICKO, Ribeiro MA, Silveira NC, Nascimento ABO. Management in Family Health Strategy: validity process for assessing competences. *Acta paul enferm*. 2023 [cited 2024 Mar 04]; 36:eAPE00532. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00532>.

Contribuições dos autores

Concepção, F.N.A.S. e S.A.; metodologia, F.N.A.S. e S.A.; validação, F.N.A.S. e S.A.; análise formal, F.N.A.S. e S.A.; investigação, F.N.A.S. e S.A.; obtenção de recursos, S.A.; curadoria de dados, F.N.A.S., R.C.A. e S.A.; redação – original preparação de rascunhos, F.N.A.S., R.C.A. e S.A.; redação – revisão e edição, F.N.A.S., R.C.A. e S.A.; visualização, F.N.A.S., R.C.A. e S.A.; supervisão, S.A.; administração do projeto, S.A. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.